

VU Research Portal

De vraagstelling aan medisch deskundigen in bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen: time for a change! Voorstel voor een nieuwe vraagstelling voor de medisch deskundige eM-De-Be-eR

Faas, J.; Akkermans, A.J.; Bouwens, W.H.A.C.M.; Schellart, A.J.M.

published in

Expertise en Recht

2014

document version

Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in VU Research Portal](#)

citation for published version (APA)

Faas, J., Akkermans, A. J., Bouwens, W. H. A. C. M., & Schellart, A. J. M. (2014). De vraagstelling aan medisch deskundigen in bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen: time for a change! Voorstel voor een nieuwe vraagstelling voor de medisch deskundige eM-De-Be-eR. *Expertise en Recht*, 2014(2), 61-77.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

E-mail address:

vuresearchportal.ub@vu.nl

De vraagstelling aan medisch deskundigen in bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheids- geschillen: 'time for a change!'

Voorstel voor een nieuwe vraagstelling voor de medisch deskundige eM-De-Be-eR

Een kwalitatief goed en in rechte bruikbaar rapport van een onafhankelijke medisch deskundige¹ in arbeidson- geschiktheidsgeschillen staat of valt met een goede vraagstelling aan diezelfde deskundige. Een vraag die de rechter zichzelf dient te stellen is of de deskundige bevoegd en bekwaam is om de aan hem gestelde vragen te beantwoorden. De in dit artikel centraal staande medisch deskundige op zijn beurt dient zich voor de beantwoor- ding van de vragen te beperken tot het terrein van zijn eigen deskundigheid. Wordt daarmee bij het stellen van de vragen echter wel voldoende rekening gehouden door de bestuursrechter? En worden wel de goede vragen gesteld?

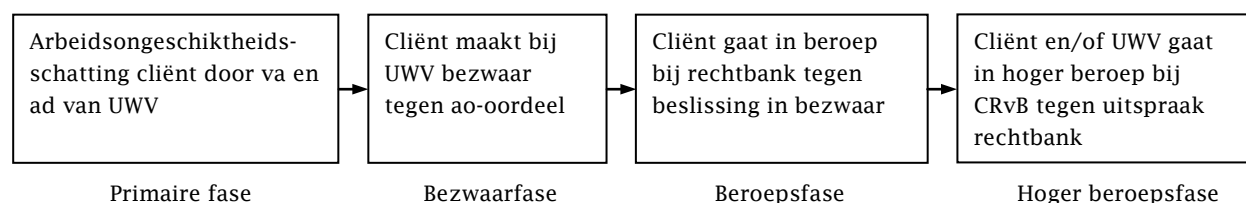
1. Inleiding

Terwijl in het civiele recht de vraagstelling aan medisch deskundigen zich al enige jaren in een levendige discus- sie mag verheugen,² lijkt dat in het bestuursrecht nauwe- lijks het geval te zijn. Er zijn enkele publicaties die het onderwerp raken, maar deze richten zich niet in het bijzonder op de vraagstelling.³ Kritiek en vragen leven echter volop. Dit is ons gebleken uit contacten, inter- views en focusgroepen met bestuursrechters, rechtshulp- verleners, verzekeringsartsen en medisch deskundigen. Over deze interviews en focusgroepen zal apart worden gepubliceerd. Ten behoeve van dit artikel zullen we reeds uit die ervaringen putten.⁴ Dit artikel is onderdeel van een meer omvattend multidisciplinair (juridisch-medisch) onderzoek naar de inzet van medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen.

In de rechtswetenschap is er belangstelling voor de vraag wanneer en waarom rechters een deskundige inschakelen en hoe zij vervolgens met diens rapportage omgaan. De zoektocht naar criteria is tot nog toe in het bestuursrecht tevergeefs.⁵ De vraagstelling aan de deskundige speelt hierbij een prominente rol.

2. Context arbeidsongeschiktheidsgeschillen

Het gaat hier om een aantal arbeidsongeschiktheidsrege- lingen: de ZW, de AAW/WAO, de WIA en de Wajong.⁶ De bestuursrechter schakelt in de beroepsfase of de hoger- beroepsfase bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen in circa 300 tot 500 gevallen per jaar een medisch deskun- dige in (zie figuur).⁷ Hieraan vooraf gaan de primaire besluitvormingsfase, waarbij als deskundige voor het bestuursorgaan UWV een verzekeringsarts (va) – naast



* Mr. W.A. Faas, verzekeringsarts, medisch adviseur directoraat Bezwaar & Beroep UWV, Amsterdam, onderzoeker faculteit der rechtsgeleerdheid VU/Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde.

** Prof. mr. A.J. Akkermans, hoogleraar privaatrecht, faculteit der rechtsgeleerdheid, VU Amsterdam.

*** Prof. mr. W.H.A.C.M. Bouwens, hoogleraar sociaal recht, faculteit der rechtsgeleerdheid VU Amsterdam.

**** Dr. A.J.M. Schellart, sociaal wetenschapper en senior onderzoeker bij de afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO Instituut, VU medisch centrum en het Kennis- centrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG).

1. Niet bedoeld wordt op de verzekeringsarts als partijdeskundige.

2. Zie A.J. Akkermans, A. Wilken, A.J. Van & G. de Groot, 'Over kruisjes scoren, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?', *GAVscoop* 2011, 15 (1), p. 5-10 (beschikbaar op <http://hdl.handle.net/1871/19593>); A.J. Van, A.J. Akkermans & A. Wilken, 'Nieuwe versie IWMD-vraagstelling: causaal verband bij ongeval', *TVP* 2009, p. 33-40 (<http://hdl.handle.net/1871/15416>).

3. Zie bijvoorbeeld B. van den Berg, *Deskundigheid in het geding, een vergelijkend onderzoek naar de inbreng van deskundigheid bij de administratieve en civiele rechter* (diss. Groningen), Den Haag: Boom Juridische uitgevers 1999; A.T. Marseille, *Effectiviteit van bestuursrechtspraak, een onderzoek naar het verloop en de uitkomst van bestuursrechtelijke procedures*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2004.

4. Bron: pilot dossierstudie, interviews en focusgroepen met bestuursrechters, rechtshulpverleners en verzekeringsartsen (publicatie in voorbereiding).

5. Zie voor een uitgebreide poging R.J.N. Schlössels e.a., *Bestuursrechtelijk bewijsrecht; wetgever of rechter?* (Preadviezen voor de Vereniging voor bestuursrecht, VAR-geschrift 142); D.A. Verburg, *Three is a crowd: feitenvaststelling bij rechterlijke procedures in meerp partijengedingen*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2009, p. 303-312.

6. Resp. de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW), de Wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO), de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) en de Wet werk en arbeidsomstandigheden (Wajong).

7. Deze aantallen worden gehaald in de jaren 2006 tot en met 2010. Zie W.A. Faas, A.J. Schellart, A.J. Akkermans & W.H.A.C.M. Bouwens, 'De inzet van medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen: een kwantitatieve analyse over de periode 1992 tot en met 2010'. Dit artikel verschijnt in het volgende nummer van *EeR*.

een arbeidsdeskundige (ad) – is betrokken, en de bezwaarfase, waarbij een zogenaamde verzekeringsarts Bezwaar en Beroep optreedt.⁸

Er bestaan slechts indicatieve cijfers over het aantal bezwaarzaken dat volgt op beslissingen over arbeidsongeschiktheid van het UWV. In arbeidsongeschiktheidskwesties blijkt een aanzienlijk aantal cliënten na het eerste beoordelingstraject actief de beslissing over de mate van arbeidsongeschiktheid te bestrijden. In 2010 zijn door het UWV in arbeidsongeschiktheidsgeschillen 48 697 beslissingen op bezwaar afgegeven; het aantal afgehandelde beroepszaken was 9790.⁹

Bestuursrechtshandelingen, wanneer zij bij arbeidsongeschiktheidsgeschillen een medisch deskundige inschakelen, als uitgangspunt een standaardvraagstelling die zijn oorsprong heeft in de vorige eeuw (zie box linker kolom; de box is afgedrukt aan het einde van dit artikel). De gangbare vraagstelling¹⁰ aan de medisch deskundige loopt langs de volgende lijn:

- Welke beperkingen ten gevolge van ziekte of gebreken had betrokkene op datum (...)?
- Stemt u in met de vaststelling van de belastbaarheid zoals door de verzekeringsarts neergelegd in de Functionele Mogelijkhedenlijst?
- Is betrokkene beperkt in het aantal uren dat per dag/week kan worden gewerkt?
- Is betrokkene in staat de als geschikt aangemerkte functies te verrichten?
- Acht u onderzoek door een of meer andere deskundigen gewenst?
- Bestaat de vrees dat kennisneming van uw verslag de geestelijke en lichamelijke gezondheid van betrokkene zal kunnen schaden?

Deze standaardvraagstelling is in 2008 opnieuw onder de aandacht gebracht in de Leidraad medisch deskundigen in bestuursrechtelijke zaken.¹¹ Voor de komst van de Leidraad vigeerde de zogenaamde Informatiemap Medisch Deskundigen als algemene informatiebron voor medisch deskundigen.¹² Tot substantiële aanpassingen of verbeteringen van de vraagstelling is het bij de ontwikkeling van de Leidraad niet gekomen (zie box rechter kolom). Inmiddels wordt de standaardvraagstelling hier en daar aangepast. De Rechtbank Zutphen en de Centrale Raad van Beroep hebben ons voorzien van voorbeelden.¹³ Van een gezamenlijke of categorale aanpak door rechtbanken en de Centrale Raad is echter nog niets zichtbaar. Tijdens onze veldverkenning zijn wij gestuit op kritiek op de vraagstelling van rechtshulpverleners en van het UWV met zijn verzekeringsartsen. De standaardvragen

zijn voor verbetering vatbaar. Onder medisch deskundigen zijn er vooral zorgen. Zij vragen zich af: 'Kunnen en mogen wij deze vragen wel beantwoorden?' Deze onzekerheid is mede ingegeven door tuchtrechtelijke uitspraken, die wij in dit artikel zullen bespreken.

Daarnaast is er ook kritiek op de bruikbaarheid van de antwoorden in de deskundigenrapportages. In onze veldverkenning stuiten wij op een aantal regelmatig terugkerende manco's als het gaat om rapporten van medisch deskundigen:

- Het voorbijgaan aan de datum in geding. Er wordt een beoordeling van de huidige medische toestand gedaan. Uit de rapportage valt niet op te maken of en waarom de situatie op datum in geding dezelfde is.
- Het negeren of niet bespreken van eerder gestelde diagnoses.
- Onvoldoende kennis van de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML) en het Claimbeoordelings- en Borgingsstelsel (CBBS).
- Zich onvoldoende rekenschap geven van de uitgangspunten van het Schattingsbesluit,¹⁴ waarin zijn opgenomen het 'medisch arbeidsongeschiktheids criterium' (MAOC) en uitgangspunten voor 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden' (GDBM).¹⁵
- Zich onvoldoende rekenschap geven van de verzekeringsgeneeskundige standaard Verminderde arbeidsduur.¹⁶

Zowel de juridische als de medische context van de vraagstelling is aan verandering onderhevig. Van toepassing zijn de nieuwe Procesregeling bestuursrecht (2010) en de Gedragscode voor gerechtelijk deskundigen in civielrechtelijke en bestuursrechtelijke zaken (2012).

Voorts is voor verzekeringsartsen de ontwikkeling van de zogenaamde verzekeringsgeneeskundige standaarden (rond 2000) en verzekeringsgeneeskundige protocollen (vanaf 2006) belangrijk. Voor de medisch deskundigen is de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportages (verder te noemen: RMSR)¹⁷ van belang. Deze spitst zich toe op medische rapportages in het civiele recht en in het bestuursrecht.

Na een bespreking van de eisen waaraan volgens ons een goede vraagstelling moet voldoen en een korte weergave van de juridische en de medische context van de vraagstelling aan de medisch deskundige zullen we de momenteel gangbare vraagstelling kritisch bezien. Vervolgens komen we tot een voorstel voor aanpassing. Daarbij zullen we kijken naar de ontwikkeling van de vraagstelling in het civiele recht, de zogenaamde IWMD-vraagstel-

8. In 2010 is de term 'bezwaarverzekeringsarts' vervangen door 'verzekeringsarts Bezwaar en Beroep'.

9. UWV kwantitatieve informatie 2010, versie 2.2. Deze cijfers betreffen alle bezwaar- en beroepszaken Ziektewet, WAO, WIA, WAZ en Wajong, dus niet exclusief de medisch arbeidsdeskundige zaken.

10. De vraag naar de duurzaamheid van de beperkingen die relevant is geworden met de invoering van de WIA blijft in dit artikel buiten beschouwing. Dit vraagstuk verdient aparte bespreking.

11. Leidraad medisch deskundigen in bestuursrechtelijke zaken, Raad voor de rechtspraak, uitgave van het Landelijk Overleg Voorzitters van de Bestuurssectoren van de rechtbanken (LOVB), augustus 2008.

12. Informatiemap Medisch Deskundigen, Rechtbank sector bestuursrecht, oktober 2002.

13. Met dank aan de Rechtbank Zutphen en de Centrale Raad van Beroep. De Centrale Raad experimenteert sinds 2011 met een aangepaste vraagstelling.

14. Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten. *Stb.* 2000, 307.

15. In het Schattingsbesluit 2000 zijn opgenomen: de Lisv-standaard Geen duurzaam benutbare mogelijkheden, juni 1996 en de Richtlijn Medisch arbeidsongeschiktheids criterium, september 1996.

16. Lisv-standaard Verminderde arbeidsduur, januari 2000.

17. Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband, Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage (WMSR), in samenwerking met en goedgekeurd door de KNMG, Utrecht, januari 2008.

ling.¹⁸ Verder maken we dankbaar gebruik van concrete suggesties voor verbetering van de Rechtbank Zutphen en van de Centrale Raad van Beroep. Conform de ontwikkeling van de IWMD-vraagstelling zullen we bij het herijken van de vraagstelling aansluiten bij de vereisten die zijn neergelegd in de RMSR. We betrekken relevante verzekeringsgeneeskundige richtlijnen bij de herijking. Bij het voorstel tot aanpassing van de vraagstelling laten wij korthedshalve de laatste twee standaardvragen buiten bespreking: de vraag naar de wenselijkheid van inschakeling van een of meer andere deskundigen en de vraag of kennisneming van het rapport de gezondheid zou kunnen schaden.

Het *vaststellen* van medische beperkingen sec is in het civiele recht in essentie niet anders dan in het bestuursrecht. In een bestuursrechtelijk arbeidsongeschiktheids-geschil heeft de cliënt niet opeens andere medische beperkingen dan bij de vaststelling van de arbeidsbeperkingen in het civiele recht, bijvoorbeeld in geval van een letselschadeclaim of bij een claim op een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering. Wel verschillend is dat het in een civiele zaak gaat om de beperkingen die het gevolg zijn van het ongeval (of een andere aansprakelijkheidscheppende gebeurtenis). Deze moeten worden onderscheiden van eventuele beperkingen die er al waren of toch al zouden ontstaan. Dit ontrafelen is in het socialezekerheidsrecht niet nodig. Evident verschillend is de wijze van *vastlegging* van de beperkingen. Daarvoor geldt in het civiele recht en in het bestuursrecht een verschillende systematiek.

In het civiele recht is de wijze waarop de beperkingen worden vastgesteld in de praktijk redelijk divers.¹⁹ De beperkingen worden beschreven en soms ook in semi-kwantitatieve vorm weergegeven.²⁰ Bij het berekenen van het percentage arbeidsongeschiktheid wordt gebruik gemaakt van de AMA-guide.²¹ In het socialezekerheidsrecht gebruikt men het zogenaamde Claim Beoordelings- en Borgingssysteem (CBBS), waarbij beperkingen worden vastgelegd in de Functionele Mogelijkhedenlijst (FML). Het CBBS wordt sinds begin 2002 door het UWV gebruikt bij de beoordeling van arbeidsongeschiktheid in het kader van eerst nog de WAO, vanaf 2006 de WIA en de Wajong. Het zijn verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen die werken met dit systeem.

3. Aan welke eisen moet een goede vraagstelling voldoen?

In de jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep zijn uitspraken te vinden die betrekking hebben op de aan een *deskundigenrapport* te stellen eisen.²² Jurisprudentie die inzicht geeft in de eisen waaraan de *vraagstelling* zelf moet voldoen is er echter niet. Het staat de rechter vrij aan de medisch deskundige die vragen te stellen die hij noodzakelijk acht ter verkrijging van het juiste medische oordeel. Niettemin zal een goede vraagstelling aan medisch deskundigen aan bepaalde vereisten moeten voldoen om aan bruikbare antwoorden te geraken. Op het gebrek aan een normstellend kader bij de vraagstelling aan deskundigen in het algemeen wordt in de literatuur gewezen door Giard.²³ Wij hebben het volgende normstellende kader geformuleerd. Daarbij gelden vereisten die voortkomen uit het juridische én uit het medische kader:

a. De vraagstelling moet conform het toe te passen recht zijn, moet aansluiten bij de juridische context waarin de rechter expertise van de medisch deskundige nodig heeft. Arbeidsongeschiktheid moet een 'rechtstreeks en objectief vast te stellen gevolg zijn van ziekte of gebreken'.

b. De vraagstelling moet zodanig zijn geformuleerd dat onjuiste toepassing van het recht wordt voorkomen. Hierbij doelen wij op de eerdergenoemde regelmatig terugkerende manco's in de rapporten van medisch deskundigen bij de momenteel gangbare vraagstelling. Wij zullen verderop bespreken in hoeverre die vraagstelling bijdraagt aan een onjuiste toepassing van het recht.

c. De vraagstelling moet helder en niet complex geformuleerd zijn.

Hiermee wordt bedoeld dat terminologie moet worden vermeden die onvoldoende gedefinieerd is of voor meerdere uitleg vatbaar. Met niet complex wordt bedoeld: niet semantisch complex; er zit geen vooronderstelling verborgen in de vraagstelling; het mag geen categorale

18. Deze vraagstelling is ontwikkeld door de Projectgroep Medische deskundigen in de rechtspleging van de Vrije Universiteit in samenwerking met de Interdisciplinaire Werkgroep Medische Deskundigen (IWMD). Zie www.rechten.vu.nl/iwmd.

19. A.J. Akkermans, A. Wilken, A.J. Van & G. de Groot, 'Over kruisjes scores, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?', *GAVscoop* 2011, 15 (1), p. 5-10 (beschikbaar op <http://hdl.handle.net/1871/19593>).

20. Zie de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage aanbeveling 2.2.18: 'De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semi-kwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).'

21. In Nederland wordt sinds 1988 gebruikgemaakt van richtlijnen bij de Guides to the Evaluation of Permanent Impairment van de American Medical Association (AMA Guides) bij de beoordeling van invaliditeit en arbeidsongeschiktheid in civiele zaken.

22. Als vaste jurisprudentie van de Centrale Raad geldt dat de deskundige 'in beginsel door de rechter wordt gevolgd'. Zie bijvoorbeeld CRvB 21 september 1999, 98/2285 AAW/WAO, *USZ* 1999/8: 'In 's Raads vaste jurisprudentie ligt besloten dat de Raad het oordeel van een onafhankelijke door de bestuursrechter ingeschakelde deskundige in beginsel pleegt te volgen, tenzij (...)'. Zo ook CRvB 20 oktober 2004, ECLI:NL:CRVB:2004:AR4644: het oordeel van de onafhankelijke door de bestuursrechter ingeschakelde deskundige wordt in beginsel door de rechter gevolgd; 'het is immers bij uitstek de taak van de deskundige om bij verschil van inzicht tussen partijen omtrent de mate van belastbaarheid een beslissend advies te geven'. Uitzonderingen zijn: onzorgvuldig onderzoek, onjuiste maatstaf, geen serieuze heroverweging op reactie van partijen (dat was de 'tenzij' in dezelfde uitspraak van de CRvB van 21 september 1999; de deskundige wordt niet gevolgd vanwege (te) veel feitelijke onjuistheden in het rapport (zie CRvB 12 augustus 2005, ECLI:NL:CRVB:2005:AU1001. In die zaak was dat mede naar aanleiding van het commentaar van de verzekeringsarts). Daarnaast is er een eis aan de bestuursrechter zelf geformuleerd: indien de tegen het rapport van de deskundige aangevoerde bezwaren een gemotiveerde betwisting vormen 'dan moet de rechter zodanig motiveren dat daarbij inzicht wordt gegeven in de aan het oordeel van de rechter ten grondslag liggende gedachtegang, waardoor deze voor anderen controleerbaar en aanvaardbaar wordt'. Zie CRvB 4 januari 2013, nr. 09/5955 en 09/6067 WAO, ECLI:NL:CRVB:2013:BY8139, *USZ* 2013/34. De rechter stelt wel zekere eisen. De in het rapport gebezigde motivering moet overtuigend zijn, het rapport moet gebaseerd zijn op een zorgvuldig onderzoek en het moet voldoen aan de eisen van inzichtelijkheid en consistentie. Deze eisen worden volgend op de hoofdregel 'in beginsel volgen' geformuleerd in: CRvB 6 maart 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BH7069. In recentere uitspraken wordt de hoofdregel weggelaten en alleen gewezen op eisen van overtuiging, inzichtelijkheid, zorgvuldigheid en consistentie. Zie CRvB 27 december 2012, ECLI:NL:CRVB:2012:BY7651; CRvB 4 januari 2013, ECLI:NL:CRVB:2013:BY8139; CRvB 17 juli 2013, 11-1964/WIA-T, ECLI:NL:CRVB:2013:1089 en CRvB 12 juli 2013, 11-2847/Wajong-T, ECLI:NL:CRVB:2013:1088.

23. R. Giard, 'De opdracht aan een deskundige: de kracht van het stellen van open vragen', *EeR* 2013, afl. 2, p. 53.

vraag zijn, waarbij alleen een bevestigend of ontkennend antwoord mogelijk is.²⁴

d. De vraagstelling moet rekening houden met de medische context waarin de deskundige kan en mag opereren. Ze moet aansluiten bij de deskundigheid en bij de bekwaamheid van de in te schakelen deskundige.

De vraagstelling moet aansluiten bij de 'state of the art' van de beroepsgroep van de deskundige. Richtlijnen zijn daarvan een belangrijk onderdeel. De RMSR is daarbij een belangrijke maatstaf. Aan de beoordeling van arbeidsongeschiktheid liggen onderzoeken van verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen ten grondslag. De medisch deskundige moet voldoende kennis hebben van het verzekeringsgeneeskundige en het arbeidsdeskundige domein om te weten welke vragen hij wel en welke hij niet naar behoren kan beantwoorden. Verzekeringsgeneeskundige standaarden en protocollen zijn daarbij een belangrijke maatstaf.

De vraagstelling zal aan de hand van deze normen moeten worden gewaardeerd en de toets der kritiek moeten kunnen doorstaan.

4. De juridische context van de vraagstelling

Naast het uitgangspunt van het toepasselijk recht met betrekking tot het vaststellen van arbeidsongeschiktheid is een aantal andere wetten en regelingen van belang. De relevante wetsartikelen in de Algemene wet bestuursrecht (Awb) over het deskundigenonderzoek zijn artikel 8:34, 8:47 en 8:48. Specifiek voor de vraagstelling is artikel 8:47 lid 3 van belang:

'Van het voornemen tot het benoemen van een deskundige als bedoeld in het eerste lid wordt aan partijen mededeling gedaan. De rechtbank kan partijen in de gelegenheid stellen om hun wensen omtrent het onderzoek binnen een door haar te bepalen termijn schriftelijk aan haar kenbaar te maken.'

Er is hier sprake van een bevoegdheid van de rechter. Partijen kunnen in de gelegenheid worden gesteld hun wensen omtrent het onderzoek kenbaar te maken. Als die gelegenheid wordt geboden ligt daar een kans om de vraagstelling te beïnvloeden door deze te bekritisieren, te commentariëren, aan te vullen en dergelijke. Er is echter geen verplichting voor de bestuursrechter om de vraagstelling aan procespartijen voor te leggen voor het kenbaar maken van wensen daaromtrent. Uit een indicatieve pilot dossierstudie²⁵ bleek dat in alle gevallen de vraagstelling werd voorgelegd. Ook al legt artikel 8:47 Awb die verplichting niet op, het is kennelijk vaste gewoonte om de vraagstelling aan procespartijen voor te leggen. Niet onbelangrijk is wat er na voorlegging van de vraagstelling concreet gedaan wordt met de door partijen geuite wensen. Op deze kwestie gaan wij in dit artikel niet nader in.

In artikel 8:34 Awb wordt vermeld dat de deskundige verplicht is zijn opdracht onpartijdig en naar beste weten te vervullen. Artikel 8:48 Awb vermeldt dat de ingeschakelde deskundige 'voor het onderzoek van belang zijnde inlichtingen over deze persoon [kan] inwinnen bij de behandelend arts of de behandelende artsen, de verzekeringsarts en de adviserend arts van het bestuursorgaan'.

Verder zijn van toepassing de Procesregeling bestuursrecht²⁶ en de Gedragscode voor gerechtelijk deskundigen in civielrechtelijke en bestuursrechtelijke zaken. De gedragscode is op verzoek van de Raad voor de rechtspraak opgesteld en geënt op de gedragscode van het Nederlands Register Gerechtelijk Deskundigen (NRGD).²⁷ De gedragscode eindigt met de opmerking dat hij 'moet worden beschouwd als een instrument voor kwaliteitsverbetering voor gerechtelijke deskundigen in de civielrechtelijke en de bestuursrechtelijke procedure'. In de code staat dat de medisch deskundige in bestuursrechtelijke zaken geacht wordt zich te houden aan de Leidraad medisch deskundigen in bestuursrechtelijke zaken en aan de voor zijn beroepsgroep geldende normen 'op welke wijze dan ook vastgelegd'. Relevant voor de beantwoording van de vraagstelling zijn de artikelen in de code die betrekking hebben op 'de grenzen van de deskundigheid' en op de plicht om afwijkingen van beroepsregels en -normen expliciet te vermelden. Verder wordt van de deskundige verwacht dat hij er in zijn verslag melding van maakt als zich de situatie voordoet dat 'de bevindingen binnen het desbetreffende deskundigheidsgebied redelijkerwijs kunnen leiden tot uiteenlopende interpretaties of conclusies'. Dit laatste wordt als volgt toegelicht:

'(...) de strekking van deze toevoeging is dat in de rapportage wordt vooruitgelopen op een mogelijk debat tussen deskundigen. Enerzijds wordt hierdoor bevorderd dat het eventuele debat zich toespitst op de vermelde interpretaties, anderzijds wordt hiermee wellicht onnodig debat tussen deskundigen voorkomen.'²⁸

De Leidraad medisch deskundigen in bestuursrechtelijke zaken is een uitgave van het Landelijk Overleg Voorzitters van de Bestuurssectoren van de rechtbanken (LOVB) met informatie voor medisch deskundigen die van belang is voor de uitvoering van de opdracht, het onderzoek en de verslaglegging.²⁹ In de Leidraad wordt het juridische kader geschetst in een summiere beschrijving van met name de arbeidsongeschiktheidsregelingen, het CBBS/de FML, het Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten en de Regeling verzekeringsgeneeskundige protocollen. Ook wordt aangegeven wat de deskundige kan verwachten van de vraagstelling (zie het voorbeeld in de box).

24. Ontleend aan R. Giard, 'De opdracht aan een deskundige: de kracht van het stellen van open vragen', *EeR* 2013, afl. 2, p. 53.

25. Pilot dossierstudie, interviews en focusgroepen met bestuursrechters, rechtshulpverleners en verzekeringsartsen (publicatie in voorbereiding).

26. Procesregeling bestuursrecht 2010. *Stcrt.* 2011, 22269. Artikel 15 van deze regeling heeft betrekking op het deskundigenonderzoek en doelt op de termijnen die in het proces in acht moeten worden genomen. Voor de inhoud van de vraagstelling zijn er geen consequenties af te leiden uit dit artikel.

27. Gedragscode voor gerechtelijk deskundigen in civielrechtelijke en bestuursrechtelijke zaken, versie 3.7, januari 2012.

28. Artikel 4.1, 4.2 en 4.3 Gedragscode.

29. Leidraad medisch deskundigen in bestuursrechtelijke zaken, Raad voor de rechtspraak, uitgave van het Landelijk Overleg Voorzitters van de Bestuurssectoren van de rechtbanken (LOVB), augustus 2008.

5. De medische context van de vraagstelling

Naast het juridische domein speelt het medische domein met zijn eigen beroepsregels een grote rol bij de vraagstelling aan de medisch deskundige. De bestuursrechter roept deskundige hulp in omdat het hem aan (medische) kennis ontbreekt, terwijl datzelfde gebrek aan kennis het moeilijk maakt om de kwaliteit van het oordeel van de deskundige naar waarde te schatten.³⁰ Medische kwaliteit is te relateren aan regelgeving in de vorm van gedragscodes en afspraken tussen medici onderling, de beroepsregelgeving. Die komt voornamelijk tot uiting in richtlijnen.

Richtlijnen worden per afzonderlijke medische discipline uitgewerkt maar in recente jaren zijn ze in toenemende mate ook multidisciplinair van karakter. In de verzekeringsgeneeskunde wordt van standaarden en protocollen gesproken in plaats van richtlijnen. De context van het verzekeringsgeneeskundig onderzoek en de positie van de verzekeringsgeneeskundige protocollen wordt verwoord in de zogenaamde Algemene inleiding.³¹

Tot het kwaliteitsinstrumentarium ten behoeve van het medisch onderzoek en de medische rapportage van de ingeschakelde medisch deskundigen behoren: de professionele normen, protocollen, standaarden en richtlijnen van de betreffende afzonderlijke medische beroepsgroepen. Psychiaters hebben een eigen richtlijn voor psychiatrische rapportages.³² Voor alle medisch deskundigen geldt de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage (RMSR).³³ De eerdergenoemde verzekeringsgeneeskundige protocollen en standaarden gelden voor medisch deskundigen voor zover zij zich begeven op verzekeringsgeneeskundig terrein. In dit kader zijn naast de protocollen relevante noties: 'geen duurzaam benutbare mogelijkheden (GBM)' en het 'medisch arbeidsongeschiktheids criterium (MAOC)', beide wettelijk verankerd in het Schattingsbesluit 2000. Tevens is de verzekeringsgeneeskundige Standaard Verminderde arbeidsduur van belang. Op deze professionele normen, protocollen, standaarden en richtlijnen kan een beroep worden gedaan bij de tuchtrechter, die het medisch handelen aan de hand daarvan zal beoordelen. Hiervan zijn inmiddels voldoende praktijkvoorbeelden voorhanden om deze beoordeling serieus te nemen.³⁴ Verderop in dit artikel komen wij hierop terug.

6. Bespreking van de vraagstelling

6.1. De systematiek van de vraagstelling

Het doel van de vraagstelling in arbeidsongeschiktheidsgeschillen is om de bestuursrechter inzicht te geven in de medische en arbeidsdeskundige uitgangspunten die van belang zijn bij het bepalen van de aard en omvang van de beperkingen die de cliënt heeft ten gevolge van ziekte of gebrek en de daaruit voortvloeiende mate van arbeidsongeschiktheid. Het gaat om het verlies aan verdien capaciteit in loonvormende arbeid. We zullen in ons betoog gebruikmaken van de gunstige ervaringen die zijn opgedaan met de IWDM-vraagstelling en zo veel als mogelijk bij die vraagstelling aansluiten. Eens te meer daar in de laatste versie van de IWMD-vraagstelling aansluiting is gezocht bij de RMSR. In de richtlijn is een reeks eisen geformuleerd waaraan de deskundige en deskundigenrapporten moeten voldoen. Deze richtlijn geldt zowel voor rapportages in bestuursrechtelijk als in civielrechtelijk verband.

6.2. De vraag naar ziekte of gebrek

De vraag naar ziekte of gebrek vloeit rechtstreeks voort uit de wet. Voor een succesvolle claim op een arbeidsongeschiktheidsuitkering is het hebben van een ziekte (of gebreken) een belangrijke voorwaarde. In onze veldverkenning bleek dat het op een aantal punten met enige regelmaat fout gaat. Het gaat daarbij om de volgende vragen:

- Zijn de klachten en beperkingen in voldoende mate te herleiden naar medisch vastgestelde stoornissen?
- Zijn de bevindingen en conclusies van het momentane onderzoek ook geldig op de datum in geding?

Aan het recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering is de voorwaarde verbonden dat er sprake moet zijn van 'ziekte of gebreken'. De Centrale Raad heeft zich altijd gehouden aan een strikte uitleg van het criterium 'ziekte of gebrek'.³⁵ Tot 1993 luidde het medische deel van het arbeidsongeschiktheids criterium dat arbeidsongeschiktheid een gevolg moest zijn van ziekte of gebrek. De vaste jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep beschouwde 'ongeschiktheid tot werken wegens ziekte of gebrek' als één ongedeelde begrip dat 'op medische gronden naar objectieve maatstaven gemeten' moest worden. Sporadisch werd onder bijzondere omstandigheden ook zonder duidelijke objectivering arbeidsongeschiktheid aangenomen.³⁶

30. Zie ook G. de Groot, *Het deskundigenadvies in de civiele procedure* (diss. Amsterdam VU), Deventer: Kluwer 2008.

31. Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Den Haag: Gezondheidsraad, 19 december 2006, nr. 2006/22.

32. Richtlijn Psychiatrische Rapportage (exclusief strafrechtelijke psychiatrische rapportage), Richtlijncommissie psychiatrische rapportage van de Commissie Kwaliteitszorg van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP), 2002. Deze richtlijn is te beschouwen als een voorloper van de RMSR.

33. Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband, Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage (WMSR), in samenwerking met de KNMG, Utrecht, januari 2008.

34. Zie bijvoorbeeld Regionaal Tuchtcollege Gezondheidszorg Zwolle 26 augustus 2010, nr. 268/2009, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0549. In deze zaak ging het om een ondeugdelijke psychiatrische rapportage. Klaagster werd in opdracht van de rechtbank onderzocht door psychiater en verwijt hem onzorgvuldig te zijn onderzocht en dat het rapport aan de rechtbank niet voldoet aan de te stellen normen. Het college tilt zwaar aan de gebrekkige onderbouwing van het rapport en de uitlating van de psychiater over de mate van arbeidsongeschiktheid van klaagster. Klacht gegrond. Toetsing aan de Richtlijn Psychiatrische Rapportage uit 2002 leidt tot een berisping.

En ook: Regionaal Tuchtcollege Gezondheidszorg Groningen 2 augustus 2011, G2010.20, ECLI:NL:TGZRGRO:2011:YG1264. Hier ging het om een rapport van een neuroloog. Klachten over deskundigheid en bevoegdheid ongegrond. Klachten over rapportage eveneens ongegrond. Opmerkingen in verband met Richtlijn medisch specialistische rapportage: 'Het College acht het minder juist dat uit het rapport niet, althans niet voldoende blijkt, welke onderdelen voor rekening komen van verweerder en welke onderdelen voor die van de psycholoog. Een duidelijke scheiding tussen een neurologisch en een psychologisch deel zou de overzichtelijkheid van de rapportage ten goede zijn gekomen. Ook is niet voldoende duidelijk tot welke (eigen) bevindingen verweerder is gekomen naar aanleiding van de aangeleverde psychologische testresultaten. In zoverre staat deze rapportage op gespannen voet met de Richtlijn medisch specialistische rapportage in bestuurs- en civielrechtelijk verband van de Werkgroep Medisch Specialistische Rapportage.'

35. Zie hierover H. van Leeuwen, 'De Centrale Raad van Beroep als iudex viator', in: *Centrale Raad van Beroep 1903-2003*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2003, p. 81-97.

36. CRvB 7 maart 1986, RSV 1986/201. In deze zaak ging het om niet op een objectiveerbare aandoening terug te voeren ernstige pijnklachten.

De uitvoeringspraktijk van de toenmalige bedrijfsverenigingen was soepeler. In 1993 werd de formulering van het medische arbeidsongeschiktheids criterium gewijzigd. De ongeschiktheid diende 'een rechtstreeks en medisch objectief vast te stellen gevolg van ziekte of gebrek' te zijn.³⁷ Onder bijzondere omstandigheden mag ook wanneer geen duidelijke ziekte kan worden aangetoond arbeidsongeschiktheid worden aangenomen.³⁸ Voor het aannemen van zo'n bijzonder geval is niet vereist dat medisch deskundigen het eens zijn over de vraag aan welke ziekte of gebrek het onvermogen om arbeid te verrichten valt toe te schrijven.³⁹ De uit de jurisprudentie van de Centrale Raad voortvloeiende condities zijn uiteindelijk terechtgekomen in het Schattingsbesluit:⁴⁰

'Het feit dat geen lichamelijke of psychische oorzaak gemeten of aangetoond kan worden betekent niet noodzakelijk dat daarom geen stoornissen, beperkingen of handicaps bestaan. Van belang is dan wel dat zal moeten worden aangetoond dat er sprake is van meer dan de subjectieve beleving van betrokkene alleen. Hoe moeilijker het is een medische oorzaak vast te stellen, des te grondiger en uitvoeriger het te verrichten onderzoek zal moeten zijn. Voorwaarde is daarbij dat onder onafhankelijke medisch deskundigen een vrijwel eenduidige, consistente en naar behoren medisch gemotiveerde en verantwoorde opvatting bestaat dat ongeschiktheid tot werken wegens ziekte voldoende aannemelijk is.'

Waar deskundigen nogal eens over struikelen is het een op een overnemen van de 'subjectieve' klachten die de cliënt debiteert. Vervolgens worden deze 'vertaald' in beperkingen, zonder dat er sprake lijkt van enige 'objectivering'. Wanneer de bestuursrechter dit opmerkt – en dat is niet altijd het geval – treffen we in uitspraken zinsneden aan zoals: '(...) de diagnosestelling berust uitsluitend op het subjectieve klachtenpatroon van betrokkene. Dit vormt een ontoereikende basis voor het aannemen van arbeidsongeschiktheid in de zin van de arbeidsongeschiktheidswetten.'⁴¹ Of positief geformuleerd, wanneer het goed is gedaan: 'Daarbij wordt aangekend dat het advies van de deskundigen niet louter is gebaseerd op de klachten van betrokkene, maar door de deskundigen afdoende medisch is geobjectiveerd.'⁴²

Voor de bestuursrechter is het wettelijk uitgangspunt de aanwezigheid van ziekte. Die ziekte zal door een arts moeten worden vastgesteld. In de medische wereld is het ziektebegrip echter een fluide begrip. Soms zijn ziektes cultureel bepaald of tijdgebonden. Over weer andere 'ziektes' bestaat onder artsen verschil van me-

ning. Zo kan er verschil van mening zijn of een ziekte überhaupt wel bestaat. En er kunnen ook verschillen van inzicht bestaan over de ernst van de beperkingen waarmee bepaalde ziektes gepaard gaan. Bij artsen bestaat de wereld van ziektes niet alleen maar uit zwart-en-wit tinten. Wat moet de rechter hiermee? Verlaat de rechter zich op de (min of meer willekeurige) deskundige die hij heeft ingeschakeld? Moet de rechter niet weten welke opvattingen die deskundige aanhangt?

In het civiele recht wordt in de praktijk met de opvattingen van de deskundige rekening gehouden bij de keuze van de deskundige,⁴³ bijvoorbeeld als het gaat om controversiële aandoeningen als whiplash, chronische vermoeidheid of fibromyalgie. Dat wordt tegelijkertijd als lastig ervaren. In het bestuursrecht niets van dit alles. Daar lijkt een toestand van 'blissful ignorance' te bestaan. De bestuursrechter zoekt een deskundige uit of hij laat er een uitzoeken en daarmee moeten partijen het doen. Van 'position papers' of een 'disclosure statement' is bij lange na nog geen sprake.⁴⁴ Ook in bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen kan het van groot belang zijn te weten waar de deskundige staat in relevante medische discussies over het realiteitsgehalte van bepaalde ziekte-entiteiten en de daarbij geaccepteerde beperkingen. Daarom moet erover worden nagedacht op welke wijze dit gestalte kan krijgen.

Er is nog een ander struikelblok. Dat de conclusie die op basis van het onderzoek wordt getrokken ook geldig is op datum in geding, soms ver in het verleden (getoetst wordt immers het toen genomen besluit), wordt regelmatig *in het geheel niet* beargumenteerd. Bij deskundigen is er vaak niet de juiste 'feeling' voor dit juridische construct.⁴⁵ Een voorbeeld uit een uitspraak van de Centrale Raad waarin een deskundige revalidatiearts niet werd gevolgd:

'De Raad ziet in een en ander aanleiding om de deskundige niet te volgen in zijn conclusie dat ook in 2006 en 2007 depressieve klachten en een depressief gedrag een belangrijke beperking vormden voor de inzetbaarheid van appellant voor arbeid.'⁴⁶

De natuurlijke houding van artsen – vanuit de optiek van de behandelaar – is om de huidige gezondheidstoestand te onderzoeken en te beoordelen. Het gevaar dreigt dat het oordeel over de huidige toestand zonder nadere uitleg van toepassing wordt verklaard op de datum in geding. Dat is een eerdere, soms in een ver verleden gelegen datum.

Wat ook voorkomt is dat de deskundige zonder goede motivering de conclusie trekt dat er geen arbeidsprestatie mogelijk is ofwel dat er sprake is van volledige arbeids-

37. Deze herdefiniëring van het arbeidsongeschiktheids criterium in artikel 18 lid 1 WAO en artikel 5 lid 1 AAW vond in 1993 plaats bij de invoering van de Wet terugdringing beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen (Wet TBA). Uit de MvT blijkt dat de zinsnede was opgenomen op voorstel van de SER; Richtlijn Medisch Arbeidsongeschiktheids criterium, Lisv, 1996: '(...) het was een signaal aan de uitvoeringspraktijk en de rechtspraak met betrekking tot het verband tussen de aandoening en de arbeidsongeschiktheid. Vermeden moest worden dat de begrippen "ziekte en arbeidsongeschiktheid" te ruim zouden worden geïnterpreteerd. Er zou goed nagegaan moeten worden of er niet slechts sprake was van een subjectieve beleving van de cliënt, al dan niet slechts als gevolg van sociale omstandigheden.' In 1995 werd ook artikel 19 lid 1 Ziektewet conform aangepast.

38. CRvB 8 augustus 2000, USZ 2000/275, RSV 2000/226.

39. CRvB 10 april 2001, ECLI:NL:CRVB:2001:AB1847, RSV 2001/115.

40. Schattingsbesluit arbeidsongeschiktheidswetten, 2000, Stb. 2000, 307.

41. Zie bijvoorbeeld CRvB 28 oktober 2003, 01/51 WAO, ECLI:NL:CRVB:2003:AO1438, RSV 2004/4.

42. Zie bijvoorbeeld CRvB 8 augustus 2000, 97/7292 AAW, ECLI:NL:CRVB:2000:AE6818.

43. Zie hierover G. de Groot, *Het deskundigenadvies in de civiele procedure* (diss. Amsterdam VU), Deventer: Kluwer 2008, p. 234.

44. Zie hierover G. de Groot, *Het deskundigenadvies in de civiele procedure* (diss. Amsterdam VU) Deventer: Kluwer 2008, p. 235.

45. Bron: pilot dossierstudie, interviews en focusgroepen met bestuursrechters, rechtshulpverleners en verzekeringsartsen (publicatie in voorbereiding).

46. CRvB 18 maart 2011, 08/5291 WAO + 09/877 WAO, ECLI:NL:CRVB:2011:BP8414.

ongeschiktheid. Het begrip 'arbeidsongeschiktheid op medische gronden' is een bron van misverstanden. Het Schattingsbesluit, waarin deze casuspositie 'geen benutbare mogelijkheden' (GBM) wordt genoemd, bindt verzekeringsartsen aan de criteria die hiervoor zijn geformuleerd in artikel 2 lid 5 Schattingsbesluit. Medisch deskundigen blijken zich niet altijd aan deze criteria te houden.⁴⁷

Onze conclusie is dat in de vraagstelling recht moet worden gedaan aan het wettelijk vereiste van de vraag naar ziekte of gebreken en daaruit voortvloeiende beperkingen ten aanzien van arbeid. De geconstateerde manco's bij de beantwoording van deze vraag en het feit dat de vraagstelling op dit moment (te) weinig houvast biedt om die te voorkomen noopt tot aanpassing. In de vraagstelling moet tot uitdrukking komen dat de medisch deskundige de geconstateerde klachten en beperkingen kan herleiden naar medisch vastgestelde stoornissen (en dus niet de klachten en ervaren belemmeringen zonder meer overneemt) en dat de bevindingen en conclusies ook – en vooral – geldig moeten zijn op de datum in geding. Het verdient aanbeveling om de vraagstelling zodanig te formuleren dat er duidelijke wenken worden gegeven in de gewenste richtingen.

6.3. De vraag naar de door de verzekeringsarts in de FML vastgelegde beperkingen

Is eenmaal een ziekte vastgesteld dan zullen hieruit ook beperkingen moeten voortvloeien die het arbeidsvermogen aantasten en leiden tot een verlies aan verdienvermogen. Zonder verlies aan verdienvermogen kan er geen sprake zijn van arbeidsongeschiktheid in de zin der wet. Bij de vaststelling van de beperkingen en het resterende verdienvermogen maakt het UWV gebruik van het eerdergenoemde CBBS. De verzekeringsarts legt de beperkingen vast in een FML. Het gebruik maken van deze methodiek is in de jurisprudentie geaccepteerd.⁴⁸

De vraag 'kunt u zich vinden in de door de verzekeringsarts in de FML vastgelegde beperkingen?' veronderstelt tweërlei. Om zich te kunnen vinden in de door de verzekeringsarts in de FML vastgelegde beperkingen moet de deskundige weten wat dat 'vastleggen' inhoudt. Aan gezien dit vastleggen in de FML is ingebed in een systeem, het CBBS, veronderstelt dit kennis van zaken over dat systeem. Chronologisch verloopt het werken met de FML en het CBBS als volgt:

Onderscheid:

- Vaststellen van beperkingen door de verzekeringsarts
 - Vastleggen van beperkingen in de FML door de verzekeringsarts
-
- Matching door de arbeidsdeskundige van de vastgelegde beperkingen met de belasting in de functies die in het CBBS zijn ingebracht
 - Discussie over toelichtingen, overschrijdingen, signaleringen, enz.
 - Professionele eindselectie

Boven de streep doet de verzekeringsarts zijn werk. Daarbij dient een duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen het vaststellen van de beperkingen door de verzekeringsarts en het vastleggen van de beperkingen in de FML (volgens de systematiek van het CBBS) door de verzekeringsarts. Waarom is dat belangrijk? De verzekeringsarts kan bij zijn onderzoek concluderen tot het bestaan van beperkingen. De FML kent zes rubrieken waarin beperkingen kunnen worden aangegeven: (1) persoonlijk functioneren, (2) sociaal functioneren, (3) aanpassing aan fysieke omgevingseisen, (4) dynamische handelingen, (5) statische houdingen en (6) werktijden. Daarnaast kan worden aangegeven om welke beperkingen het concreet gaat (lopen, staan, bovenhands werken en dergelijke). In totaal zijn er 106 onderscheiden items in de FML. Tot slot is er nog de vraag naar de zwaarte van de concrete beperkingen: normaal, beperkt, sterk beperkt? Al deze aanduidingen zijn in het systeem gedefinieerd en daarbij vaak nog gekoppeld aan een bepaalde frequentie. Voor het vaststellen van beperkingen is geen specifieke verzekeringsgeneeskundige medische kennis nodig (hoewel ruime ervaring wel helpt). Het zal duidelijk zijn dat voor het vastleggen in het systeem, kennis van dat systeem met zijn terminologie, definities en knelpunten wel noodzakelijk is.

Onder de streep gaat het om de matching van de door de verzekeringsarts aangegeven beperkingen met de belastende factoren in de functies zoals die voorkomen in het CBBS. Voor deze taak is de arbeidsdeskundige opgeleid en verantwoordelijk. Het uiteindelijke besluit welke functies passend zijn bij de aangegeven medische beperkingen wordt gezamenlijk gedragen door de verzekeringsarts en de arbeidsdeskundige. Over de geschiktheid van individuele functies kan, ja moet soms, tijdens dit beoordelingsproces overleg en afstemming plaatsvinden tussen deze twee disciplines.⁴⁹ Het komt nauwelijks voor dat een verzekeringsarts eigenstandig beslist of de geduide functies passend zijn.

Werken met de FML en het CBBS vereist ervaring. Een 4-jarige specialistische opleiding leidt tot registratie als verzekeringsarts. In de basisopleiding wordt met betrek-

47. Bron: pilot dossierstudie, interviews en focusgroepen met bestuursrechters, rechtshulpverleners en verzekeringsartsen (publicatie in voorbereiding).

48. Zie (1) CRvB 9 november 2004, 03/4179 WAO, ECLI:NL:CRVB:2004:AR4719, USZ 2004/353, AB 2004/462, m.nt. F.J.L. Pennings (daarover ook: P.S. Fluit, *Sociaal Recht* 2004, afl. 12) en (2) CRvB 12 oktober 2006, ECLI:NL:CRVB:2006:AY9971, RSV 2006/354.

49. Dit vloeit voort uit het 'Protocol samenwerking arbeidsdeskundige en verzekeringsarts bij de claimbeoordeling AAW/WAO met het FIS.' Mededeling M96.50 van 15 april 1996. Amsterdam: TICA, 1996. Zie ook CRvB 23 februari 2007, ECLI:NL:CRVB:2007:AZ9153, USZ 2007/19; CRvB 12 december 2007, ECLI:NL:CRVB:2007:BC1544, USZ 2008/40; CRvB 1 februari 2008, ECLI:NL:CRVB:2008:BC3237, USZ 2008/62; CRvB 22 februari 2008, ECLI:NL:RBDOR:2008:BC4862, USZ 2008/86; CRvB 5 december 2008, ECLI:NL:CRVB:2008:BG5758, USZ 2009/10.

king tot de FML en het CBBS een kennismakingsmodule verzorgd van enkele dagen. Na deze opleiding wordt de verzekeringsarts in spe geautoriseerd gebruiker van het CBBS. Gesteld dat een voltijds werkzame verzekeringsarts per jaar 300 claimbeoordelingen doet, dan krijgt hij hierdoor ruime ervaringsbagage. Bij het UWV is daarbij sprake van kwaliteitsborging in allerlei modaliteiten: periodieke kwaliteitsstoetsen, begeleiding en supervisie door praktijkbegeleiders en stafverzekeringsartsen en casuïstiekbesprekingen. Voor eenmaal geregistreerde verzekeringsartsen gelden eisen voor herregistratie, waaronder verplichte nascholing en intercollegiale toetsing.⁵⁰

Qua ervaring met het vastleggen van beperkingen steken de medisch deskundigen hierbij schril af. Wij schatten dat de gemiddelde deskundige in het bestuursrecht zo'n 5 à 10 rapporten per jaar aflevert.⁵¹ Veel deskundigen zullen slechts een enkele keer per jaar worden geconsulteerd. Wij zijn zeer te spreken over de initiatieven van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Specialistische Rapportage (NVMSR) om de rapportages van medisch deskundigen op een hoger plan te krijgen. Deze ontwikkeling is goed en ook noodzakelijk. Kijken we echter naar de aandacht die in de basiscursus van de NVMSR⁵² uitgaat naar het bestuursrecht en de bijbehorende problematiek, dan valt te constateren dat deze nogal summier is. Van een verdieping in de CBBS-/FML-systematiek waaruit een zekere mate van bekwaamheid op dit vlak kan worden afgeleid (een individuele deskundige daargelaten die zich zelfstandig verder heeft bekwaamd) is geen sprake. Moet de conclusie dan vooralsnog niet zijn dat deze bekwaamheid bij verzekeringsartsen moet worden gehaald? Een vervolgcursus is er (nog) niet. Het is in elk geval duidelijk dat voorzichtigheid geboden is bij de vraag aan de medisch deskundige naar instemming met de door de verzekeringsarts in de FML vastgelegde beperkingen. De vraag impliceert kennis bij de deskundige van de systematiek van de FML en het CBBS, die er niet altijd in voldoende mate is.

6.4. De vraag naar de urenbeperking

Regelmatig is er discussie over de vraag of iemand gezien de beperkingen die uit zijn ziekte voortvloeien al of niet in staat is voltijds, halftijds of een kleiner aantal uren per dag of per week te werken. Deze kwestie is van groot belang, omdat een medisch gelegitimeerd verlies aan uren de kans op een arbeidsongeschiktheidspercentage en dus op een arbeidsongeschiktheidsuitkering sterk doet toenemen. De vraag naar de urenbeperking is optioneel en zal derhalve vooral gesteld worden als er op dit aspect een verschil van mening is tussen partijen. Niet

uit te sluiten valt dat een individuele bestuursrechter deze vraag standaard in zijn vragenreeks opneemt. De urenbeperking is onderwerp van de verzekeringsgeneeskundige standaard Verminderde arbeidsduur (januari 2000). Deze geeft aan onder welke omstandigheden er aanleiding is om te concluderen tot een urenrestrictie en is in de verzekeringsgeneeskunde een belangrijk instrument. Er worden drie indicaties beschreven en uitgewerkt voor het al dan niet aannemen van een urenbeperking: de indicatie op energetische gronden, de indicatie om redenen van beschikbaarheid en de indicatie op preventieve gronden.

Wat is de betekenis van de standaard Verminderde arbeidsduur in de rechtspraak?⁵³ Gecodificeerd is de standaard niet. Volgens de Centrale Raad is het een instructie voor verzekeringsartsen, waaraan de bestuursrechter en de medisch deskundige bij hun beoordeling niet zijn gebonden.⁵⁴ In een latere uitspraak is dit voor verzekeringsartsen moeilijk verteerbare standpunt genuanceerd: 'de standaard is de neerslag van de huidige stand van de medische wetenschap, ontwikkeld ten behoeve van verzekeringsartsen' en wordt door de Raad gezien als een aanvaardbare leidraad.⁵⁵ Recenter van datum zijn uitspraken waarin de Raad de deskundige niet volgt omdat deze de urenbeperking op onjuiste gronden baseert.⁵⁶

We treffen de vraag naar een mogelijke urenbeperking op twee manieren aan. Ofwel wordt de vraag in zijn algemeenheid gesteld:

'Is betrokkene beperkt in het aantal uren dat per dag of per week gewerkt kan worden?'

Ofwel wordt de vraag gekoppeld aan de geduide functies en dan wordt hij ook na de vraag over de geschiktheid van de geduide functies gesteld:

'Is betrokkene in staat tot het vervullen van deze functies voor 40 uur per week? Zo nee, tot hoeveel uren werken per dag/per week was eiser in staat?'

In de standaard Verminderde arbeidsduur wordt aan de verzekeringsarts gevraagd om *in zijn algemeenheid* aan te geven of betrokkene beperkt is in het aantal uren dat gewerkt kan worden. Nadat de functies door de arbeidsdeskundige geduid zijn kan het zijn dat aan de verzekeringsarts in tweede instantie wordt gevraagd of in een specifiek geval de bij een specifieke functie behorende belasting in uren (per dag/per week) voor betrokkene mogelijk is. Deze vervolgvraag wordt sporadisch gesteld. Wij concluderen daarom dat het logischer is de vraag in

50. Besluit verzekeringsgeneeskunde, College voor Sociale Geneeskunde (CSG), KNMG, 2004; Kaderbesluit CSG, KNMG, 2011.

51. Dit is een schatting gebaseerd op cijfers uit het artikel van W.A. Faas, A.J. Schellart, A.J. Akkermans & W.H.A.C.M. Bouwens, 'De inzet van medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen: een kwantitatieve analyse over de periode 1992 tot en met 2010' (dit artikel verschijnt in het volgende nummer van *E&R*).

52. Zie www.nvmsr.nl. De auteurs Akkermans en Faas zijn betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van de basiscursus NVMSR.

53. Passage ontleend aan het artikel van W.A. Faas & M.J. Kelder, 'Jurisprudentie over het ziektebegrip: leiden of volgen?', *Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde*, (20) 2012, afl. 10, p. 493-497.

54. CRvB 4 juli 2006, ECLI:NL:CRVB:2006:AY3613 en CRvB 10 november 2006, ECLI:NL:CRVB:2006:AZ2814. In een andere zaak schoof de Raad de kritiek van de bezwaarverzekeringsarts, die de conclusies van de deskundige niet in overeenstemming achtte met de standaard terzijde: '(...) in de onderhavige zaak heeft de deskundige een inzichtelijke onderbouwing gegeven voor de noodzaak van een urenbeperking', en voegt daar nadrukkelijk aan toe: '(...) dat de bestuursrechter bij zijn vaststelling van de feiten niet aan de Standaard Verminderde Arbeidsduur is gebonden, evenmin als de deskundige die de rechter van advies dient', CRvB 3 juni 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BI7168.

55. CRvB 19 juni 2009, ECLI:NL:CRVB:2009:BI9737.

56. Voorbeelden: CRvB 4 februari 2011, ECLI:NL:CRVB:2011:BP3328; CRvB 1 maart 2012, ECLI:NL:CRVB:2012:BV7372.

zijn algemeenheid te stellen conform de eerstgenoemde optie.

Uit contacten met medisch deskundigen is ons gebleken dat deze vraag soms terzijde wordt geschoven omdat dit het deskundigheidsterrein van de arbeidsdeskundige is. Dat is een onjuiste zienswijze. De arbeidsdeskundige moet werken met de gegevens die door de verzekeringsarts zijn verstrekt omtrent de arbeidsbeperkingen *inclusief* eventuele urenrestricties. Van de medicus wordt over de belastbaarheid in uren dus een concrete uitspraak verwacht. Een plausibele reden waarom de deskundige zich niet bekwaam acht om deze vraag te beantwoorden is onbekendheid met de standaard Verminderde arbeidsduur. In verhouding tot de systematiek van de FML en het CBBS, die ingewikkeld is, is de standaard Verminderde arbeidsduur eenvoudig te doorgronden. Van een medisch deskundige die gevraagd wordt een uitspraak te doen over de urenbeperking mag dan ook worden gevergd dat hij zich in deze standaard verdiept. De medisch deskundige kan op basis van zijn eigen deskundigheidsterrein beslist een nuttige bijdrage leveren. Zo kan bijvoorbeeld een psychiater iets zinnigs zeggen over de duurbelastbaarheid van een cliënt met een depressie, daarbij rekening houdend met de aard, diepte en duur van het depressieve toestandsbeeld. In dit verband stellen wij het volgende citaat uit de Leidraad aan de orde, dat staat op pagina 11 onder punt 21:

'Het UWV hanteert bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling ook eigen standaarden en richtlijnen. Wat betreft medische aspecten hanteert het UWV bijvoorbeeld de standaard Verminderde arbeidsduur en het Beoordelingskader duurzaamheid arbeidsbeperkingen. De standaard Verminderde arbeidsduur geeft indicaties voor situaties waarin de verzekeringsarts kan concluderen dat betrokkene verminderde mogelijkheden heeft om voltijds te werken. Het Beoordelingskader geeft criteria voor het beoordelen van het begrip "volledig en duurzaam arbeidsongeschikt" in de WIA (zie punt 12). In rechtspraak van de Centrale Raad van Beroep is over een aantal van deze standaarden en richtlijnen geoordeeld dat het UWV daaraan gebonden is, maar de rechter en de door de rechter ingeschakelde medisch deskundige niet.'

De betekenis van deze passage kan verschillend worden uitgelegd. Duidelijk is de opvatting dat de rechter en de medisch deskundige 'niet gebonden zijn' aan de standaard Verminderde arbeidsduur.⁵⁷ De vraag is wat dat voor de medische praktijk nu precies betekent. Medici zijn gehouden aan hun beroepsrichtlijnen. Strikte toepassing van een richtlijn is niet altijd mogelijk en onder omstandigheden onwenselijk. Niet iedere individuele medische casus leent zich voor toepassing van een richtlijn. Denk bijvoorbeeld aan comorbiditeit: het tegelijkertijd voorkomen van meerdere ziektes, die elkaar kunnen beïnvloeden. In een individueel geval kan en mag altijd van een richtlijn worden afgeweken, mits ge-

motiveerd. In zoverre is men *nooit* aan een richtlijn 'gebonden'. Dat neemt niet weg dat richtlijnen als uitgangspunt gelden voor het medisch handelen.⁵⁸ 'Comply or explain', zeggen juristen in dit verband. Dit geldt ook voor verzekeringsgeneeskundige richtlijnen, standaarden en protocollen. Het hierboven aangehaalde citaat kan echter ook zo worden opgevat dat de door de rechter ingeschakelde medisch deskundige de betreffende richtlijnen ook zou kunnen negeren. Dat lijkt ons onjuist. Wellicht ten overvloede: de rechter is natuurlijk nimmer aan een richtlijn 'gebonden'. In het kader van een deskundigenonderzoek is hij op zoek naar de feiten, in welk kader het evenmin voor de hand ligt om de betreffende richtlijnen te 'negeren'. Wat voor de rechter geldt, gaat, *mutatis mutandis*, ook op voor de deskundige. Ook de deskundige kan de richtlijnen niet negeren. Het is zeer de vraag of de deskundige, door dat te doen, aan zijn tuchtrechtelijke verantwoordelijkheid zou ontkomen. De passage kan verwarring oproepen bij medisch deskundigen. De RMSR laat hierover geen misverstand bestaan. De tekst in hoofdstuk 9 'Specifieke aspecten bij expertises in bestuursrechtelijk kader' is glashelder:

'Dit vergt van de medisch deskundige kennis van de sociale verzekeringswetten (met name ten aanzien van het schattingsbesluit en de daarin vervatte omschrijvingen van ziekte of gebrek, en het objectiveringsprincipe) en relevante verzekeringsgeneeskundige richtlijnen (betreffende ondermeer de standaard urenbeperking en het medisch arbeidsongeschiktheids criterium).'

Er zijn voorbeelden uit de jurisprudentie die illustreren dat er nog een lange weg te gaan is. Een wat treurig stemmend voorbeeld is dat van een deskundige kno-arts. In deze zaak werd een WIA-uitkering geweigerd. De Centrale Raad komt tot de merkwaardige uitspraak dat er voldoende medische grondslag is om *ondanks* het advies van deskundige een lichte urenbeperking overeenkomend met 5% impairment aan te nemen.⁵⁹

Aan betrokkene is per einde wachttijd een WIA-uitkering geweigerd, omdat hij minder dan 35% arbeidsongeschikt was. Door de rechtbank is een kno-arts als deskundige benoemd. Deze deskundige is tot de conclusie gekomen dat de belastbaarheid door het UWV juist is weergegeven. Daarbij gaf hij wel het advies om een lichte urenbeperking toe te staan, overeenkomend met 5% 'impairment' van de gehele persoon. De bezwaarverzekeringsarts heeft over dit advies aangegeven dat dit niet in overeenstemming is met de regels van het CBBS en daar ook niet naar vertaald kan worden. De rechtbank is van mening dat, met inachtneming van de voorgestelde geringe duurbepaling, de belastbaarheid door het UWV juist is vastgesteld. Door betrokkene is niet onderbouwd dat hij forse energetische beperkin-

57. Deze standaard uit 2000 is weliswaar tot stand gekomen in opdracht van het toenmalige Lisv (Landelijk instituut sociale verzekeringen), maar is wel degelijk door en voor de beroepsgroep van verzekeringsartsen ontwikkeld.

58. Zie F.C.B. van Wijnen e.a., 'De juridische status van richtlijnen', in: J.J.E. van Everdingen e.a. (red.), *Evidence-based richtlijnontwikkeling*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2004, p. 74-94.

59. CRvB 23 september 2011, nr. 10/3795 WIA, ECLI:NL:CRVB:2011:BT2617.

gen heeft. In hoger beroep is de Centrale Raad van oordeel dat er in casu geen redenen zijn om van het oordeel van de deskundige af te wijken. Dit geldt ook voor de door de deskundige, uitgaande van een werkweek van 40 uur, voorgestelde urenbeperking van 5%. Desalniettemin onderschrijft de Raad de medische grondslag van het besluit. Ten aanzien van de geduide functies komt de Raad tot de conclusie, rekening houdend met een urenbeperking van 5%, dat deze passend zijn en dat in de geduide functies sprake is van een dermate geringe overschrijding van bedoelde maximale omvang (38,01 uur en 38,15 uur t.o.v. 38 uur) dat deze ook in medisch opzicht passend zijn. De Raad heeft daarbij met name in aanmerking genomen dat de deskundige tot de voorgestelde urenbeperking is gekomen op grond van – en met toepassing van de AMA-guide⁶⁰ – een zuiver rekenkundige benadering en dat hij bij de benadering zelf ook enige twijfel heeft geuit. Onder verwijzing naar een eerdere uitspraak (ECLI:NL:CRVB:2008:BG1405), geeft de Raad aan dat een rechtstreeks verband tussen de invaliditeitsscore volgens de AMA-guide en de mate van arbeidsongeschiktheid in het kader van de WAO/WIA niet is te leggen.

Deze uitspraak is innerlijk tegenstrijdig. De Raad aanvaardt enerzijds de urenbeperking van 5% die zijn oorsprong vindt in het beoordelingskader van de AMA-guide. Anderzijds betoogt de Raad dat geen rechtstreeks verband is te leggen tussen de invaliditeitsscore volgens de AMA-guide en de mate van arbeidsongeschiktheid in het kader van de WAO/WIA. Wat nu bijvoorbeeld als de deskundige had geadviseerd om een urenbeperking overeenkomend met 10% impairment van de gehele persoon aan te nemen? Achter de schermen kijken kunnen we niet, maar het heeft er de schijn van dat de Raad niet de moeite heeft genomen een discussie aan te gaan met de deskundige. Zou de deskundige nog zijn meegegeven dat het zo toch vooral niet moet? Overigens is de uitspraak wel een mooi voorbeeld van finale geschilbeslechting.

Het wekt bij verzekeringsartsen ergernis op als medisch deskundigen zich niets gelegen hoeven laten liggen aan de uitgangspunten van de standaard Verminderde arbeidsduur. Wij menen dat de bestuursrechter hier oog voor moet hebben. Het moet niet zo zijn dat de bestuursrechter hier de deskundige als het ware uitnodigt tot medische ongehoorzaamheid. De juridische betekenis van medische richtlijnen wordt anders gedenatureerd.⁶¹

In de boven gememoreerde jurisprudentie van de Centrale Raad valt de tendens waar te nemen dat de verzekeringsgeneeskundige standaard Verminderde arbeidsduur serieuzer genomen wordt.

Wij komen tot de slotsom dat de vraag naar de urenbeperking gesteld mag worden aan de medisch deskundige

en dat deze zich bij de beantwoording van de vraag reenschap moet geven van de verzekeringsgeneeskundige standaard Verminderde arbeidsduur.

6.5. De vraag naar de geschiktheid voor eigen werk

Verzekeringsartsen mogen zich een oordeel vormen omtrent de geschiktheid voor het eigen werk: de maatstaf 'zijn arbeid' in het kader van de Ziektewet. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de verzekeringsarts goed op de hoogte is van de belastende factoren in het eigen werk en alle bij het eigen werk behorende omstandigheden. Dat is een een-op-eenbeoordeling: matchen de beperkingen die betrokkene heeft met de belastende factoren in het laatst verrichte werk? Dat eigen werk is geen fictie maar realiteit. Mits ook de deskundige voldoende inzicht kan verkrijgen in alle belastende factoren van die ene eigen functie, is er geen bezwaar tegen dat hij een uitspraak doet over de geschiktheid voor dat werk. Wel doet de deskundige er verstandig aan om bij de beantwoording van de vraag te vermelden dat de geschiktheid voor het eigen werk alleen kan worden beoordeeld 'voor zover het de beperkingen betreft die gelegen zijn op mijn vakgebied'.

6.6. De vraag naar de geschiktheid van de geduide functies

Na de vaststelling en vastlegging van de beperkingen vindt de exercitie 'functieduiding' plaats. De vraag naar de geschiktheid van de geduide functies ontmoet de meeste bezwaren. Bij de arbeidsongeschiktheidsbeoordelingen in het kader van de WAO, WIA en Wajong is het de arbeidsdeskundige die een waaier aan functies koppelt aan de cliënt met zijn door de verzekeringsarts vastgestelde beperkingen. Het gaat hier om een in hoge mate theoretische exercitie. De functies bestaan weliswaar in de realiteit, maar het bestaan van vacatures is niet vereist.⁶² Indien er sprake is van beperkte overschrijdingen van de belastbaarheid wordt in afstemming tussen de arbeidsdeskundige en de verzekeringsarts besloten of zo'n functie toch nog als geschikt kan worden aangemerkt.⁶³ Het is niet in eerste instantie de verzekeringsarts die bepaalt of de geduide functies geschikt zijn. Aan de verzekeringsarts wordt de vraag naar de geschiktheid van de geduide functies niet gesteld. Het is dan ook merkwaardig dat die vraag wel aan de medisch deskundige wordt gesteld. Aan de deskundige wordt hier kennelijk meer bekwaamheid toegedicht dan aan de verzekeringsarts. Waar deze bekwaamheid op is gebaseerd is onduidelijk. Overigens is de RMSR op dit punt niet helder. In hoofdstuk 9 ('Specifieke aspecten bij expertises in bestuursrechtelijk kader') is hierover de volgende passage te vinden:

'De bestuursrechter vraagt aan de expert onder meer een oordeel te geven over de door de (bezwaar)verzekeringsarts geduide beperkingen. Deze hanteert daarbij criteria, die door en voor verzekeringsgeneeskundigen zijn ontwikkeld. De vigerende versie is de Functionele Mogelijk-

60. In Nederland wordt sinds 1988 gebruikgemaakt van richtlijnen bij de Guides to the Evaluation of Permanent Impairment van de American Medical Association (AMA Guides) bij de beoordeling van invaliditeit en arbeidsongeschiktheid in civiele zaken.

61. Zie ook W.A. Faas, 'Verzekeringsgeneeskundige standaarden en protocollen: alles goed en wel? Of zit er een adder onder het gras?', *Tijdschrift voor Bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde* (15) 2007, p. 262-264.

62. Zie onder meer artikel 6 lid 2 WIA.

63. Zie de Lisv-standaard Professionele eindselectie arbeidsdeskundige, 1999.

hedenlijst (FML). De expert dient op de hoogte te zijn van de aard en de achtergronden van dit instrument. Bij de beoordeling van de toepassing ervan door de (be-)zwaarverzekeringsarts dient hij zich echter van de grenzen van zijn deskundigheid bewust te zijn, en zich te beperken tot uitspraken die hij op grond van zijn medisch-specialistische kennis kan onderbouwen. Ook als de bestuursrechter aan de expert vraagt om een oordeel te geven over concrete functies die door de arbeidsdeskundige voor de onderzochte geschikt zijn geacht, zal de expert de grenzen van zijn deskundigheid nauwlettend bewaken. Dit houdt in dat hij geen eigen oordeel kan uitspreken over de belasting die concrete functies met zich meebrengen. Hij kan slechts aangeven of het gespecificeerde belastingsprofiel van een bepaalde functie wel of niet in overeenstemming is met de mogelijkheden en beperkingen van de onderzochte, zoals hij die aannemelijk heeft geoordeeld.'

De deskundige mag zich dus in elk geval wel uitlaten over de door de verzekeringsarts aangegeven beperkingen, onder de aantekening dat hij op de hoogte dient te zijn van de aard en achtergronden van het instrument van de FML.

Ten aanzien van de vraag naar de geschiktheid van concrete geduide functies is de formulering wat ingewikkelder: 'de expert zal de grenzen van zijn deskundigheid nauwlettend bewaken'. Het begint met het negatief geformuleerde standpunt dat 'hij geen eigen oordeel kan uitspreken over de belasting die concrete functies met zich meebrengen'. Dat wil zeggen dat wat de arbeidsdeskundige zegt over de belastende factoren in de functies door de medisch deskundige voor waar zal moeten worden aangenomen. Dan volgt de zinsnede 'hij kan slechts aangeven of het gespecificeerde belastingsprofiel van een bepaalde functie wel of niet in overeenstemming is met de mogelijkheden en beperkingen van de onderzochte, zoals hij die aannemelijk heeft geoordeeld'.

De medisch deskundige mag aangeven in hoeverre de belastbaarheid (mogelijkheden en beperkingen) van de cliënt matcht met de belastende factoren van de door de arbeidsdeskundige geduide functies.

Wij menen dat de medisch deskundige dit slechts kan (doen) ter zake van de belastende factoren in de geduide functies, voor zover deze van belang zijn voor de beperkingen die *op zijn deskundigheidssterrein* aan de orde zijn. Dat is iets anders dan mogen zeggen dat een geduide functie (in zijn geheel) geschikt of ongeschikt is. Het is onwaarschijnlijk dat de medisch deskundige alle belastende factoren in alle functies kan overzien. Dat is anders bij de Ziektewet, waarbij het slechts gaat om de geschiktheid voor slechts één voor wat betreft de belastende factoren meestal gedegen gespecificeerde functie (het laatst verrichte werk).

6.7. Tuchtrechtelijke uitspraken

Allereerst de vraag of het tuchtrecht bij medische expertises in rechte geldt. Het antwoord is een volmondig ja.

Niet alleen in de behandelsituatie, ook de beoordeling van een medische toestand is een medische handeling die onderworpen is aan het tuchtrecht.⁶⁴ Het gaat in beide gevallen onverkort om 'handelingen op het gebied van de geneeskunst'.⁶⁵ Het zijn vooral psychiaters die zich voor de tuchtrechter hebben moeten verantwoorden omdat er onvrede was met de gang van zaken rond het onderzoek en de rapportage van de medisch deskundige. Dat psychiaters meer risico lopen hoeft niet te verbazen daar zij ruim meer dan de helft van alle medische expertise uitvoeren. Op afstand volgen orthopedisch chirurgen en neurologen.⁶⁶

In een zaak uit 2010 verwijt klager de psychiater dat hij naar aanleiding van het verzoek van het UWV tot het uitvoeren van een expertise niet alle relevante stukken bij het UWV heeft opgevraagd; voorts dat hij de inhoud van zijn rapport en het afzien van inzage en correctie van het concept-rapport niet met klager heeft besproken. Klager is het niet eens met meerdere in het rapport vermelde feiten en conclusies. Hij verwijt de psychiater onder meer dat hij heeft nagelaten zijn diagnose met de behandelend psychiater te bespreken, c.q. te onderbouwen waarom hij tot een afwijkende diagnose is gekomen. Voorts verwijt klager de psychiater dat hij zich ten onrechte competent heeft geacht om een Functionele Mogelijkheden Lijst in te vullen in plaats van zich te beperken tot een omschrijving van de beperkingen en weergave in semikwantitatieve vorm. De psychiater heeft de klacht in zijn geheel gemotiveerd betwist. Het College heeft de klacht in al zijn onderdelen ongegrond verklaard en derhalve afgewezen.⁶⁷

Klager nam het standpunt in dat de psychiater zich in semikwantitatieve vorm had moeten uitlaten over de beperkingen. Hoewel dit niet rechtstreeks valt af te leiden uit de uitspraak moet dit standpunt zijn ingegeven door de aanbeveling 2.2.18 van de RMSR:

'(...) de beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semikwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodiek).'

Het tuchtcollege was het met deze zienswijze niet eens 'aangezien de psychiater geen FML heeft ingevuld'. De psychiater had alleen 'verwezen' naar de rubrieken persoonlijk en sociaal functioneren van de FML bij beantwoording van de vraag van het UWV of klager op het vakgebied van de psychiatrie beperkingen had als rechtstreeks gevolg van ziekte. Daar kon het tuchtcollege niets klachtwaardigs aan ontdekken.

64. Zie bij A.J. Van, 'De tuchtrechtelijke en civielrechtelijke aansprakelijkheid van medische deskundigen', *TvGR* 2004, afl. 6, p. 505-516.

65. Artikel 1 Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG).

66. Zie W.A. Faas, A.J. Schellart, A.J. Akkermans & W.H.A.C.M. Bouwens, 'De inzet van medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen: een kwantitatieve analyse over de periode 1992 tot en met 2010' (dit artikel verschijnt in het volgende nummer van *E&R*).

67. Regionaal Tuchtcollege Gezondheidszorg 's-Gravenhage 24 augustus 2010, nr.149a/2009, ECLI:NL:TGZRSGR:YG0540.

In een andere zaak doet een psychiater een uitspraak over de FML. Dat wordt in strijd geacht met de Richtlijn Psychiatrische Rapportages. Een waarschuwing is het gevolg.

Door een bezwaarverzekeringsarts van het UWV was de psychiater gevraagd om een expertise. Door zich uit te laten over de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML) zonder zich daarbij nadrukkelijk te beperken tot die onderdelen die tot zijn vakgebied horen, heeft verweerder niet gehandeld overeenkomstig de voor hem geldende richtlijn. Het RTG:

'(...) verweerder heeft zich in zijn rapportage uitgelaten over de FML. De FML geeft evenwel een overzicht van mogelijkheden of beperkingen op onderdelen die voor een deel buiten het vakgebied van de psychiatrie liggen. Uit de richtlijn Psychiatrische rapportage blijkt duidelijk dat een psychiater zich niet mag uitlaten op terreinen die niet tot professionele competenties behoren, waarbij overigens in die richtlijn, anders dan de gemachtigde van klager – in alinea 9 van zijn klaagschrift – heeft geschreven, niet de "integrale beoordeling van een FML" als voorbeeld in de richtlijn is opgenomen. Verweerder heeft door (desgevraagd) een oordeel te geven over de (integrale) FML, zonder zich daarbij nadrukkelijk te beperken tot die onderdelen die wel tot zijn vakgebied horen, niet gehandeld overeenkomstig de voor hem geldende richtlijn. Dit klachtonderdeel dient derhalve gegrond te worden verklaard.'⁶⁸

Gezien deze uitspraak is het een hachelijke zaak als de deskundige zich uitlaat over de FML. De FML bevat meer onderdelen dan de items die deel uitmaken van het vakgebied van de deskundige. Het gevaar dreigt dan dat de medicus een ander deskundigheidsterrein betreedt. Deze uitspraak kan tot een terughoudende opstelling leiden bij deskundigen om uitspraken te doen die van doen hebben met de FML. Ondanks de ingezette tendens om de vraag naar de geschiktheid van de geduide functies achterwege te laten blijkt hij nog altijd hardnekkig te worden gesteld. Dat bestuursrechters medisch deskundigen daarmee blootstellen aan tuchtrechtelijke risico's is nog niet in volle omvang doorgedrongen. Onze conclusie is dat de vraag naar de geschiktheid van de geduide functies niet aan de medisch deskundige gesteld moet worden, tenzij deze alle functies op alle onderdelen kan beoordelen op de belastende factoren in relatie tot de belastbaarheid van de cliënt. Zo'n 'tenzij' doet zich vrijwel niet voor. In ieder geval zou de deskundige zich bij deze matching moeten beperken tot zijn eigen deskundigheidsterrein.

7. Voorstel voor aanpassing van de vraagstelling

In deze paragraaf presenteren wij het voorstel voor aanpassing van de vraagstelling (zie box). We betrekken

daarbij alle eerderbenoemde knelpunten. Bovendien – en dat is nieuw in het bestuursrecht – zullen wij aansluiten bij de Richtlijn Medisch Specialistische Rapportage. Wij zullen de vragen achtereenvolgens doorlopen en van commentaar voorzien in paragraaf 8.

Nieuwe vraagstelling 'eM-De-Be-eR'

1. Ziekte of gebrek

I. Specifiek

Anamnese (aanbeveling 2.2.4 RMSR)

a. Hoe luidt de anamnese voor wat betreft de aard en de ernst van de ziekte, het verloop van de klachten, de toegepaste behandelingen en het resultaat van deze behandelingen? Welke beperkingen op uw vakgebied geeft de onderzochte aan in relatie tot loonvormende arbeid? Vermeld dit in uw anamnese.

Medische gegevens (aanbeveling 2.2.6 RMSR)

b. Geef op basis van het medisch dossier van de onderzochte een beschrijving van:

- (1) de medische voorgeschiedenis van de onderzochte op uw vakgebied;
- (2) de medische behandeling en het resultaat daarvan.

Medisch onderzoek (aanbevelingen 2.2.5 en 2.2.7 RMSR)

c. Geef een beschrijving van uw bevindingen bij lichamelijk en eventueel hulponderzoek.

Consistentie (aanbevelingen 2.2.8 en 2.2.10 RMSR)

d. Is naar uw oordeel sprake van een onderlinge samenhang als het gaat om de informatie die is verkregen van de onderzochte zelf, de feiten zoals die uit het medisch dossier naar voren komen en uw bevindingen bij onderzoek en eventueel hulponderzoek?

e. Voor zover u de vorige vraag ontkennend beantwoordt, geef dan aan wat de reactie was van de onderzochte op de door u geconstateerde inconsistenties; welke conclusies trekt u daaruit?

Diagnose (aanbeveling 2.2.15 RMSR)

f. Wat is thans de diagnose op uw vakgebied?
– Wat zijn daarbij uw differentiaaldiagnostische overwegingen?
– In het geval u afwijkt van eerder op uw vakgebied gestelde diagnoses: wat is uw motivering daarvoor?

g. Gold deze diagnose ook op datum (...)?
– Wat is uw motivering indien uw diagnose op beide data eensluidend is of wanneer dat juist niet het geval is?

68. Regionaal Tuchtcollege Gezondheidszorg Zwolle 17 juni 2010, nr.180/2009, ECLI:NL:TGZRZWO:2010:YG0384.

| | |
|---|---|
| <p>II. Algemeen</p> <p>a. Welke afwijkingen in de gezondheidstoestand op uw vakgebied heeft betrokkene thans? En welke van deze afwijkingen zijn naar uw oordeel tot ziekte of gebrek te herleiden?</p> <p>b. Welke afwijkingen in de gezondheidstoestand op uw vakgebied had betrokkene op datum (...)? En welke van deze afwijkingen zijn naar uw oordeel op datum (...) tot ziekte of gebrek te herleiden?</p> <p>c. Kunt u zich verenigen met de afwijkingen op uw vakgebied, die door de verzekeringsarts als uitgangspunt zijn genomen?</p> <p>NB: u dient bij de beantwoording van deze vragen – indien aan de orde – de uitgangspunten van het 'medisch arbeidsongeschiktheids criterium' (MAOC) te hanteren, zoals opgenomen in het Schattingsbesluit 2000.</p> | <p>arts dat betrokkene op datum (...) in staat was (...) uur per dag/per week te werken?</p> <p>b. Indien u van mening bent dat betrokkene in uren meer beperkt is dan de verzekeringsarts heeft aangegeven, om welke reden is dat volgens u het geval? Maak daarbij inzichtelijk wat de naar uw mening op uw vakgebied bestaande urenbeperking is.</p> <p>NB: hanteer bij de beantwoording van deze vraag de uitgangspunten van de verzekeringsgeneeskundige standaard Verminderde arbeidsduur.</p> |
| <p>2. Beperkingen</p> <p><i>Beperkingen (aanbevelingen 2.2.17 en 2.2.18 RMSR)</i></p> <p>a. Welke beperkingen als gevolg van ziekte of gebrek had betrokkene op uw vakgebied op datum (...)?</p> <p>NB1: u dient zich hierbij te realiseren dat de beperkingen zoals die golden op datum (...) kunnen afwijken van de beperkingen die u aanwezig acht op de datum van uw onderzoek.</p> <p>b. Kunt u zich, gelet op uw antwoord op vraag 1, verenigen met de weergave van de beperkingen zoals door de verzekeringsarts zijn neergelegd in zijn rapportage en FML van datum (...)?</p> <p>c. Indien u van mening bent dat de verzekeringsarts de beperkingen van betrokkene heeft onderschat, op welke punten en om welke reden is dat volgens u het geval? Maak daarbij inzichtelijk wat de naar uw mening op uw vakgebied bestaande beperkingen zijn.*</p> <p>* Beschrijf de beperkingen steeds ofwel zo uitgebreid mogelijk in uw eigen bewoordingen ofwel volgens de systematiek van de FML.</p> <p>NB2: hanteer bij de beantwoording van deze vragen – indien aan de orde – de uitgangspunten van 'geen benutbare mogelijkheden' (GBM), zoals opgenomen in het Schattingsbesluit 2000.</p> | <p>4. Geschiktheid eigen werk (<i>indien van toepassing</i>)</p> <p>Was betrokkene naar uw mening op datum (...) met de door u vastgestelde beperkingen in staat het eigen werk te verrichten gelet op de functiebeschrijving?</p> <p>Zo neen, geef dan gemotiveerd aan om welke redenen u dat niet mogelijk acht.</p> <p>5. Geschiktheid geduide functies</p> <p>Deze vraag vervalt (tenzij gespecificeerd)</p> <p>6. Andere deskundigheid (<i>niet in dit artikel besproken</i>)</p> <p>Acht u een onderzoek door een andere deskundige gewenst?</p> <p>Zo ja, om welke nog ter beantwoording staande vragen gaat het volgens u? Op welk terrein en specialisme liggen deze vragen?</p> <p>7. Kennisname (<i>niet in dit artikel besproken</i>)</p> <p>Valt te vrezen dat kennisneming door betrokkene van het schriftelijke verslag van uw onderzoek zijn lichamelijke of geestelijke gezondheid zal schaden?</p> <p>8. Slotvraag (<i>facultatief</i>)</p> <p><i>Aanbeveling 2.2.11 RMSR</i></p> <p>Zijn er nog andere relevante, binnen uw vakgebied en het kader van de aan u verstrekte opdracht liggende punten die u naar voren wilt brengen?</p> |
| <p>3. Urenbeperking (<i>indien van toepassing</i>)</p> <p><i>Aanbevelingen hoofdstuk 9 RMSR</i></p> <p>a. Kunt u zich, gelet op uw antwoord op vraag 1, verenigen met het standpunt van de verzekerings-</p> | <p>8. De systematiek van de vraagstelling</p> <p>8.1. De vraag naar ziekte of gebrek (vraag 1)</p> <p>Voor deze nieuwe modelvraagstelling is gebruikgemaakt van de inzichten uit de eerder gememoreerde rechtbankvariant, de Centrale Raad-variant en van de RMSR. Door te beginnen met de vraag naar de huidige toestand wordt aangesloten bij het natuurlijke proces in het medisch onderzoek. De deskundige wordt door de vervolgvraag gedwongen stil te staan bij de juridische context van de</p> |

datum in geding. Dat is immers een van de punten waarop het regelmatig fout gaat.

Groot verschil met civielrechtelijke zaken is dat daar de deskundige een primair oordeel moet uitspreken, zoals bijvoorbeeld de aard en de ernst van de ziekte of het letsel of het causale verband met een ongeval. In het bestuursrecht is een toetsing aan de orde van een reeds door verzekeringsartsen van het UWV bij het primaire besluit gevormd en in de bezwaarfase heroverwogen medisch oordeel. Meestal zijn er al uitgebreide medische rapportages voorhanden van verzekeringsartsen die hetzelfde type vragen al in een eerder stadium hebben moeten beantwoorden. De vraagstelling moet hierop aansluiten.

Wij voegden een nota bene toe over het zogenaamde medisch arbeidsongeschiktheids criterium om de deskundige te doordringen van de verzekeringsgeneeskundige context als het gaat om 'ziekte of gebrek'. Onder speciale omstandigheden wordt namelijk arbeidsongeschiktheid geaccepteerd zonder dat een duidelijke ziekteoorzaak kan worden aangegeven (zie paragraaf 6.2).

De subvragen I a t/m c, die we overnamen uit de vraagstelling van de IWMD, achten wij een zinvolle toevoeging. Deze vragen bieden namelijk de mogelijkheid om de deskundige datgene te laten doen waarin hij nu juist deskundig is. Deze subvragen worden in deze vorm in het bestuursrecht niet zo expliciet gesteld, maar achten wij in medisch opzicht wel bijzonder nuttig. Ze vormen de basis om een zinvolle medische discussie te kunnen voeren naar aanleiding van het rapport. Het kan zijn dat de bestuursrechter aan deze subvragen geen bijzondere behoefte heeft, maar het weglaten van deze subvragen beperkt de mogelijkheid tot een medisch inhoudelijke dialoog.

In de aan ons voorgelegde voorbeelden van de Rechtbank Zutphen wordt een poging gedaan om tot een vergelijkbare verdieping te komen door vragen te stellen naar stoornissen en beperkingen op het niveau van gedragingen, activiteiten, handicaps en sociale rollen. Zo'n soort vraag sluit naadloos aan bij de verzekeringsgeneeskundige context,⁶⁹ waarbij deze terminologie, die afkomstig is uit het ICF-model, een belangrijk oriëntatiepunt is.⁷⁰ In een ideale wereld zou dit een goede vraag zijn. Aangezien echter in de professionele medisch specialistische richtlijnen – waar de verzekeringsgeneeskundige protocollen bij aansluiten – nog weinig gebruik wordt gemaakt van de ICF-terminologie is de verwachting gerechtvaardigd dat deze vraagvariant niet (voldoende) zal aansluiten bij de denkwereld van de gemiddelde medisch deskundige. De antwoorden zullen dan ook overeenkomstig minder zinvol en bruikbaar zijn. Overigens wordt in de meest recente verzekeringsgeneeskundige protocollen de verzekeringsarts erop geattendeerd de gevolgen van de aandoening aan te geven in termen van mogelijke beperkingen in de verschillende rubrieken van de FML.

Een beschrijving van enerzijds stoornissen en anderzijds handicaps wordt niet expliciet van de verzekeringsarts gevraagd.⁷¹ Deze variant nemen we dan ook niet over.

In de aan ons voorgelegde voorbeelden van de aangepaste vraagstelling van de Centrale Raad komt het begrip 'stoornissen' ook niet meer voor. Daar is gekozen voor de zinsnede 'als ziekte of gebrek aan te merken afwijking(en) in zijn/haar gezondheidstoestand'. In de IWMD-vraagstelling is gekozen voor het begrippenpaar 'klachten' ter aanduiding van de subjectieve klachten zoals door de betrokkene gepresenteerd en 'afwijkingen' ter aanduiding van de door de arts objectief vast te stellen gebreken in de gezondheid.⁷² In eerdere versies van de IWMD-vraagstelling is in plaats van het woord 'afwijkingen' wel de term 'symptomen' gebruikt. Daaraan lag de gedachte ten grondslag dat het begrip 'afwijkingen' toch nog een subjectief element bevat. Van⁷³ gaf al aan dat de vaststelling van afwijkingen af kan hangen van de interpretatie van de beoordelaar. Het begrip 'symptomen' lijkt dan objectiever. In het medisch taalgebruik heeft 'symptoom' zowel de betekenis van 'klacht' (Engels: *symptom*) als van 'verschijnsel' (Engels: *sign*). Maar ook het begrip 'symptomen' ontkomt niet aan de mogelijkheid van subjectieve invulling. Als voorbeeld wordt vaak het symptoom 'pijn' gegeven. Om niet opnieuw verwarring te zaaien, kiezen we ervoor om aan te sluiten bij de IWMD-vraagstelling en hanteren we de term 'afwijking'. Toevoegingen als 'naar algemeen aanvaard actueel internationaal medisch wetenschappelijk inzicht' laten wij achterwege. Artsen dienen 'state of the art' te handelen. De wijze waarop de deskundige volgens hoofdstuk 3 van de RMSR zijn rapport dient op te bouwen, staat (evenals in de IWMD-vraagstelling⁷⁴) model voor de strakke formulering en indeling van de vragen over de informatie waarop de deskundige zijn rapport dient te baseren. Volgens de RMSR dient uit de indeling van het rapport te blijken welke informatie afkomstig is uit respectievelijk de anamnese, het door de deskundige zelf verrichte onderzoek en de gegevens afkomstig uit het medisch dossier van betrokkene. In de vraagstelling is hierbij aangesloten door elk van deze drie bronnen te laten terugkomen in een afzonderlijke vraag. Bij de nieuwe vragen wordt verwezen naar de relevante aanbevelingen in de RMSR.

Wat de anamnese (vraag 1a) betreft, bevat aanbeveling 2.2.4 belangrijke aanwijzingen voor de deskundige:

'2.2.4 De beschrijving van de anamnese is deugdelijk en compleet, en beperkt zich tot de relevante gegevens. De beschrijving van de anamnese bevat uitsluitend het verhaal van de onderzochte in diens bewoordingen. Er worden daarbij geen termen gebezigd of feiten vermeld die uitsluitend kunnen zijn ontleend aan aangeleverde of verkregen medische gegevens of een interpretatie daarvan. Als hieraan wordt voldaan, dan verwoordt de

69. Zie ook Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Algemene inleiding, Den Haag: Gezondheidsraad, 19 december 2006, nr. 2006/22, p. 16-17.

70. WHO-FIC Collaborating Centre, ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health: 'een taal die termen bevat waarmee het menselijk functioneren kan worden beschreven'.

71. NVVG, Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Borderline persoonlijkheidsstoornis en Chronische Nierschade, p. 50-53 en 121-130; Darmkanker en Diabetes Mellitus, p. 46-48 en 134-137, november 2009.

72. Zie de toelichting op de IWMD-vraagstelling.

73. A.J. Van, 'Vraag het aan de deskundige! Maar hoe?', *TVP* 2003, p. 105-109.

74. De argumentatie kan voor wat betreft (in het civiele en bestuursrecht) gelijkwaardige onderdelen van de vraagstelling niet anders dan conform zijn aan de argumentatie zoals u die aantreft in het artikel van A.J. Van, A.J. Akkermans & A. Wilken, 'Nieuwe versie IWMD-vraagstelling: causaal verband bij ongeval', *TVP* 2009, p. 33-40.

anamnese per definitie het subjectieve verhaal van de onderzochte. Termen als "betrokkene zou (...)" worden vermeden. Ook voegt de expert bij de beschrijving van de anamnese geen voorlopige conclusies of eigen interpretaties toe. Autoanamnese en heteroanamnese worden gescheiden en als zodanig genoemd weergegeven.'

Voor de wijze waarop de deskundige de gegevens uit het medisch dossier van de betrokkene dient weer te geven (vraag 1b), bevat aanbeveling 2.2.6 relevante instructies:

'2.2.6 Uit het rapport blijkt van welke van de meegestuurde gegevens kennis werd genomen en op welke wijze de daaraan ontleende feiten zijn meegewogen in het eindoordeel. Bij voorkeur wordt in het rapport een samenvatting opgenomen van de aan de meegestuurde gegevens ontleende feiten.'

De aanbevelingen 2.2.5 en 2.2.7 hebben betrekking op het door de deskundige zelf verrichte onderzoek en eventueel door hem geïnitieerd hulponderzoek:

'2.2.5 Er wordt een adequaat lichamelijk en/of psychiatrisch onderzoek verricht, maar slechts voor zover dat relevant is voor de beantwoording van de vraagstelling. Niet relevant onderzoek blijft uitdrukkelijk achterwege. Indien mogelijk worden de resultaten in kwantitatieve vorm weergegeven. Bij de beschrijving van de onderzoeksresultaten kan medisch jargon uiteraard niet worden vermeden.'

'2.2.7 Indien de expert aanvullend hulponderzoek (radiologisch, neuropsychologisch of anderszins) laat verrichten en de uitkomsten daarvan in zijn conclusies betreft, dan dienen de verslagleggingen van deze onderzoeken bij het expertiserapport gevoegd te worden.'

Op basis van de in hoofdstuk 2 van de RMSR geformuleerde eis van consistentie dient de deskundige de informatie verkregen uit anamnese, medisch dossier en (hulp)onderzoek vervolgens te beschouwen in onderlinge samenhang. Deze eis is nader uitgewerkt in aanbeveling 2.2.10:

'2.2.10 Er wordt een beschouwing opgenomen waarin de gronden en argumenten worden uiteengezet die geleid hebben tot de conclusies. Feiten, bevindingen en overwegingen worden in hun onderlinge samenhang bezien. De conclusies zijn altijd uit deze beschouwing af te leiden. Een argumentatie is ondubbelzinnig en volgt op logische wijze uit het voorafgaande.'

Als de deskundige bij het beoordelen van de onderlinge samenhang inconsistenties vaststelt – de anamnese komt bijvoorbeeld niet overeen met de feiten zoals die uit de stukken naar voren komen – dan is het volgens aanbeveling 2.2.8 aan de deskundige om de onderzochte daarmee te confronteren en diens reactie in zijn rapport te verwerken:

'2.2.8 Als de anamnese niet overeenkomt met de feiten zoals die uit de stukken naar voren komen, dan dient uit het rapport te blijken dat de onderzochte, voor zover dat medisch verantwoord is, met deze discrepantie werd geconfronteerd. Vermeld wordt, wat zijn reactie daarop was en wat daaruit kan worden geconcludeerd.'

Vanwege deze eisen is voorafgaand aan de vraag naar de diagnose een tweetal extra vragen opgenomen (onder d en e).

Een andere aanvulling die is ingegeven door de RMSR, betreft een vraag naar de differentiaaldiagnostische overwegingen van de deskundige:

'2.2.15 Waar nodig wordt een differentiaaldiagnostische overweging gegeven.'

Evenals in het civiele recht is voor het voeren van een zinvolle medisch inhoudelijke discussie inzicht nodig in de overwegingen die de deskundige heeft gehad bij zijn uiteindelijke diagnosestelling, welke diagnoses in de overweging zijn betrokken en op basis waarvan ze zijn verworpen. Dat geldt zeker niet alleen wanneer er sprake is van een zogenaamd 'moeilijk objectiveerbare' aandoening. Omdat er in arbeidsongeschiktheidsgeschillen vaak al eerder diagnoses zijn gesteld is het eens te meer gewenst dat de deskundige wordt aangespoord om aan te geven waarom hij van een eerder gestelde diagnose afwijkt (zie vraag 1 f). Bij de vraag naar de diagnose vestigen we de aandacht van de deskundige nog eens opnieuw op de mogelijke verschillen tussen de bevindingen bij datum onderzoek en de datum in geding door hierover een vraag toe te voegen (zie vraag 1 g).

8.2. De vraag naar de in de FML vastgelegde beperkingen (vraag 2)

De vraag naar de beperkingen moet realistisch zijn en rekening houden met de mogelijk gebrekkige kennis, die bij de medisch deskundige aanwezig is omtrent de FML en de CBBS-systematiek. Dit is een lastig punt. De RMSR brengt ons bij het formuleren van een adequate vraagstelling op dit punt helaas niet verder. Integendeel zelfs. Het niet goed mogelijk om aan te sluiten bij de hierop betrekking hebbende aanbeveling 2.2.18 van de RMSR. Deze luidt namelijk als volgt:

'2.2.18 De eventuele beperkingen van de onderzochte worden zo nauwkeurig mogelijk beschreven en slechts in semikwantitatieve vorm weergegeven. De expert zal zelf geen gekwantificeerde belastbaarheidsprofielen opstellen (bijvoorbeeld volgens de FIS- of FML-methodek).'

In het civiele recht is over de beperkingenvraag aan de deskundige de discussie nog gaande.⁷⁵ Het aangeven van beperkingen in semikwantitatieve vorm blijkt niet te voldoen omdat deze methode onvoldoende gedefinieerd en gekwantificeerd is. Van het voornemen om per vakgebied⁷⁶ tot een beperkingenformulier te komen, waarop uitsluitend de voor dat vakgebied relevante beperkingen

75. A.J. Akkermans, A. Wilken, A.J. Van & G. de Groot, 'Over kruisjes scoren, beschrijven en motiveren. Hoe moet de beperkingenvraag van de IWMD-vraagstelling eruit komen te zien?', *GAVscoop* 2011, 15 (1), p. 5-10.

76. Zie A.J. Van, A.J. Akkermans & A. Wilken, 'Nieuwe versie IWMD-vraagstelling: causaal verband bij ongeval', *TVP* 2009, p. 37-38.

zijn opgenomen, is vooralsnog wegens later gerezen twijfels afgezien.

Bij de huidige vraag naar de beperkingen wordt er stilzwijgend van uitgegaan dat de medisch deskundige de ins en outs van de FML en het CBBS kent. Nu dat niet steeds het geval is doen we er goed aan de deskundige hierin zelf zijn keuze te laten maken. Hij is dan zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit en kwantiteit waarin hij zijn antwoord op de vraag giet. Bovendien wordt dan ook voor alle partijen duidelijk op welke (kennis)basis het antwoord van de deskundige is gefundeerd. Dit komt de discussie over de juistheid van de medische grondslagen goede. Wij voegden aan de vraagstelling daarom het volgende toe: 'beschrijf de beperkingen steeds ofwel volgens de systematiek van de FML ofwel zo uitgebreid mogelijk in uw eigen bewoordingen.'

Het zonder meer aannemen van volledige arbeidsongeschiktheid behoort geen optie te zijn voor de deskundige, althans niet zonder motivering en voorbijgaand aan de criteria voor 'geen benutbare mogelijkheden' die hiervoor zijn aangeduid in artikel 2 Schattingsbesluit. Daartoe is een nota bene toegevoegd: 'hanteer bij de beantwoording van deze vragen – indien aan de orde – de uitgangspunten van "geen benutbare mogelijkheden" (GBM), zoals opgenomen in het Schattingsbesluit 2000.'

Wanneer de deskundige alleen maar gevraagd wordt of hij zich kan verenigen met de door de verzekeringsarts vastgestelde beperkingen is het risico groot dat het geschil niet finaal wordt beslecht. Aan de deskundige wordt – in het geval hij het niet eens is met die beperkingen – niet standaard gevraagd om aan te geven wat daar dan naar zijn mening voor in de plaats moet komen. Het is daarom noodzakelijk een extra vraag te stellen die hem dwingt zijn eigen standpunt omtrent de beperkingen te formuleren, indien hij niet kan instemmen met de voorliggende beperkingen. Ook daar kan de deskundige dan weer kiezen of hij dat doet volgens de systematiek van de FML of in zijn eigen bewoordingen.

We hebben de gangbare vraagstelling naar de beperkingen verder grotendeels intact gelaten. Wel adviseren wij de termen 'beperkingen' en 'mogelijkheden' niet afwisselend in de vraagstelling te gebruiken, ter voorkoming van verwarring. Daarbij gaat onze voorkeur uit naar 'beperkingen'. Per slot van rekening zijn het beperkingen die leiden tot een vorm van compensatie. 'Mogelijkheden' zijn van meer belang bij de re-integratie.

8.3. De vraag naar de urenbeperking (vraag 3)

Indien hier een punt van geschil is kan en mag de deskundige deze vraag beantwoorden. De deskundige doet er goed aan kennis te nemen van de verzekeringsgeneeskundige standaard Verminderde arbeidsduur waarin criteria zijn benoemd die aanleiding kunnen vormen voor het aannemen van een duurbepanking. Om de deskundige hierop te attenderen is een nota bene toegevoegd.

8.4. De vraag naar de geschiktheid voor het eigen werk (vraag 4)

Deze vraag is relevant wanneer er sprake is van een Ziektewet-zaak. De vraag kan naar onze opvatting aan

de deskundige worden gesteld met de eerdergenoemde twee aantekeningen. De deskundige moet voldoende inzicht kunnen hebben in de belastende factoren van het eigen werk. En de beantwoording van de vraag beperkt zich tot een uitspraak 'voor zover het de beperkingen betreft die gelegen zijn op mijn vakgebied'.

8.5. De vraag naar de geschiktheid van de geduide functies (vraag 5)

Deze vraag dient naar onze opvatting te vervallen. Wij menen dat de medisch deskundige met de beantwoording van deze vraag buiten zijn deskundigheidsgebied treedt en dat de bestuursrechter door deze vraag te stellen de deskundige in een tuchtrechtelijke fuik laat lopen. Het zeldzame geval dat de deskundige op alle deelaspecten de belastbaarheid van de cliënt kan matchen met alle belastende factoren in de geduide functies is illusoir. De vraag valt in het deskundigheidsdomein van de arbeidsdeskundige of van de arbeidsdeskundige in samenspraak met de verzekeringsarts. Daarom hebben we in de nieuwe versie van de vraagstelling geen vraag over de geschiktheid van de geduide functies opgenomen.

Als de bestuursrechter met de antwoorden van de medisch deskundige op de eerdere vragen voor het antwoord op de vraag naar de geschiktheid van de geduide functies onvoldoende uit de voeten kan, dan zij dit zo. De aangewezen deskundigen om deze vragen te beantwoorden zijn dan de arbeidsdeskundige al of niet samen met de verzekeringsarts. De bestuursrechter heeft de keuze de vraag terug te leggen bij de arbeidsdeskundige (en verzekeringsarts) van het UWV of zelf een tweede deskundige in te schakelen.

8.6. Slotvraag (vraag 8)

In het civiele recht is bij de vraagstelling een slotvraag opgenomen. Deze kwam voort uit de gevoelde behoefte om de deskundige expliciet de ruimte te geven om buiten de vraagstelling zaken naar voren te brengen die in zijn ogen relevant zijn voor de beoordeling in de zaak. Met een slotvraag wordt aan deze behoefte tegemoetgekomen. Door een slotvraag op te nemen wordt aangesloten bij aanbeveling 2.2.11 van de RMSR.

'2.2.11 Indien de expert bevindingen doet waar niet naar wordt gevraagd maar die hij ter zake relevant vindt, dan vermeldt hij deze in het rapport.'

Zoals ook door Van c.s. is gememoreerd is op dit punt wel voorzichtigheid geboden. De eveneens in de RMSR opgenomen eis van relevantie en zuinigheid brengt ook met zich mee dat een deskundige in zijn rapport alleen aangeeft wat relevant is voor het goed beantwoorden van de vragen. Hij mag geen overbodige beschouwingen geven:

'2.1.4 De eis van relevantie en zuinigheid: De expert geeft in zijn rapport alleen aan wat relevant is voor het goed beantwoorden van de vragen. Hij geeft geen overbodige beschouwingen (het zogeheten "obiter dictum").'

Wij zagen een variant van een slotvraag terug in een voorbeeld van de Centrale Raad. Omdat wij ons kunnen voorstellen dat de behoefte aan een slotvraag in bestuurs-

rechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen zich nog niet in die mate doet voelen, hebben we deze vraag als 'facultatief' opgenomen in het voorstel. Wij realiseren ons dat veel verandering in één keer veel gevraagd is.

9. Tot besluit

Het ontwikkelen van een adequate vraagstelling aan medisch deskundigen in arbeidsongeschiktheidsgeschillen is belangrijk. Zonder goede vraagstelling kunnen immers geen gekwalificeerde en in rechte bruikbare antwoorden worden geformuleerd. Van deze antwoorden wordt immers een inhoudelijk zinvolle bijdrage verwacht aan de kwaliteit van de oordeelsvorming over de medische grondslag en daarmee uiteindelijk de kwaliteit van de gerechtelijke uitspraak in het geschil.

De huidige vraagstelling levert in de praktijk problemen op en is op onderdelen gedateerd. De vraagstelling loopt niet in de pas met ontwikkelingen in de jurisprudentie en in het medische veld. Met name niet met de richtlijnontwikkeling, onderdeel van de beroepsregelgeving. De bestuursrechter heeft nog te weinig oog voor de status

van medische richtlijnen en neemt nog te veel genoegen met het autoriteitsoordeel van de individuele medisch deskundige. Een bijkomend maar niet minder belangrijk aspect is dat de vraagstelling helder en niet complex geformuleerd moet zijn ter voorkoming van misverstanden en minder bruikbare antwoorden.

Met het voorstel voor aanpassing van de vraagstelling adresseren wij in dit artikel een aantal knelpunten. Wij komen daarmee in de bestuursrechtelijke setting tegemoet aan een aantal praktijkproblemen. Tegelijkertijd maken we de noodzakelijke aansluiting met de ontwikkelingen in de medische beroepsregelgeving. Medische rapporten moeten – ook los van de vraagstelling – aan vastgestelde kwaliteitseisen voldoen. Het voorstel heeft niet de ambitie de ultieme remedie te zijn en dient beschouwd te worden als stap op de weg naar verdere aanscherping en verbetering van de vraagstelling in bestuursrechtelijke arbeidsongeschiktheidsgeschillen. Wij houden ons daarom aanbevolen voor suggesties van juridische én medische professionals. Wij zien uw reacties dan ook graag tegemoet.

Box. Gangbare vraagstelling aan medisch deskundigen in de bestuursrechtelijke praktijk

| Voorbeeld van een vraagstelling uit 1996: | Sjabloon zoals te destilleren uit de Leidraad 2008: |
|---|---|
| 1. Welke rechtstreeks en objectief vast te stellen beperkingen ten gevolge van ziekte of gebreken golden er voor eiser op en na datum A ten aanzien van het verrichten van arbeid? | 1. Welke rechtstreeks en objectief vast te stellen beperkingen ten gevolge van ziekte of gebreken golden er voor eiser op en na datum A ten aanzien van het verrichten van arbeid? |
| 2. Kunt u zich verenigen met het door de verzekeringsgeneeskundige van de (voormalige) Gemeenschappelijke Medische Dienst opgestelde belastbaarheidspatroon (gedingstuk B)? | 2. Kunt u instemmen met de vaststelling van de belastbaarheid van betrokkene door de verzekeringsarts zoals neergelegd in de Functionele Mogelijkheden Lijst (FML)? |
| 3. Was eiser op en na datum A in staat tot het vervullen van de functies die zijn opgesomd in gedingstuk B (zie voor verwoordingen functiebelasting D) en, zo nee, welke functies acht u niet of minder geschikt? | 3. Is betrokkene beperkt in het aantal uren dat per dag of per week gewerkt kan worden? |
| 4. Was eiser in staat tot het vervullen van deze functies voor 40 uur per week? Zo nee, tot hoeveel uren werken per dag/per week was eiser in staat? | 4. Acht u betrokkene in staat de door het UVW als geschikt aangemerkte functies te vervullen? NB: bij de beantwoording van die laatste vraag moet u de grenzen van uw deskundigheid in acht nemen (pagina 12 Leidraad) |
| 5. Acht u ter beantwoording van bovenstaande vragen een onderzoek door een of meer andere deskundigen gewenst en zo ja, op welk gebied? | 5. Acht u een onderzoek door een of meer andere deskundigen gewenst (en zo ja, op welk gebied)? |
| 6. Acht u het met het oog op de geestelijke en lichamelijke gezondheid van eiser noodzakelijk dat hem de mogelijkheid tot kennisneming van het door u uit te brengen geneeskundig rapport wordt onthouden? | 6. Bestaat de vrees dat kennisneming van uw verslag de geestelijke en lichamelijke gezondheid van betrokkene zal kunnen schaden? NB: Artikel 8:32 AWB |
| NB: Ik verzoek u in het kader van uw onderzoek overleg te plegen met de arts(en) bij wie eiser onder behandeling is (geweest). | |